Le Progrès Médical

1909

Le Progrès Médical

PARAISSANT LE SAMEDI — **Fondé en 1873 par D.-M. BOURNEVILLE**

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

ADMINISTRATION : A. ROUZAUD, *41, rue des Ecoles*, PARIS-Ve

BUREAUX { de 9 h. à midi / de 3 h. à 6 h. — ABONNEMENTS { FRANCE... **10 fr.** ETRANGER. **12 fr.** Pour les Etudiants **5 fr.** **8 fr.**

TÉLÉPHONE : 830-03

RÉDACTION. *Secrétaire général :* **Paul CORNET**

Les bureaux de la Rédaction sont ouverts, 41, rue des Ecoles, les mercredi et vendredi de 5 h 1/2 à 6 h. 1/2.

1909

107 figures dans le texte.

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone 830-03

TRAVAUX ORIGINAUX

Rôle de l'écriture au point de vue ophtalmologique et orthopédique ;

Par MM. les Drs **PÉCHIN** et **DUCROQUET**

Chargés des services d'ophtalmologie et d'orthopédie à la Polyclinique H de Rothschild.

I

Parmi les questions d'hygiène scolaire, celle de l'attitude pour l'écriture a été particulièrement discutée et il semble bien qu'à l'heure actuelle les partisans de l'écriture droite sont les plus nombreux. Ces derniers ont même eu la satisfaction de voir les pouvoirs publics partager leurs convictions et rendre dans plusieurs pays leur méthode obligatoire.

Dans de telles conditions, la tâche de critiquer l'écriture droite, dite française, est un peu ingrate puisque sa cause paraît gagnée maintenant ; néanmoins nous protestons, car nos recherches nous donnent la conviction que le rôle de l'écriture doit être interprété autrement qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Dans la physiologie de l'écriture deux choses sont à considérer :

1° La fonction des bras ;
2° La fonction des yeux.

Nous avons à étudier ces fonctions dans l'écriture penchée et dans l'écriture droite.

II

Mécanisme de l'écriture penchée (Fig. 1 et 2).

Le sujet appuie les deux coudes sur la table ; le coude droit reste fixe ; pour écrire une ligne, l'avant-bras se développe en faisant un mouvement de pivot auteur du coude. L'angle que fait l'avant-bras sur le bras varie, mais *le coude reste fixe. Pour l'exécution du mot,* les doigts ont des mouvements de flexion et d'extension exécutés par des muscles synergiques (fléchisseurs, extenseurs). Le poignet n'est pas immobile, mais les mouvements légers dont il peut être le siège sont accessoires.



Fig. 1.

Ce mécanisme devient facilement automatique.

Dans l'écriture penchée, le commencement de la ligne est placé devant le sujet, au milieu du corps (*fig.* 1). Pendant l'écriture, la tête exécute un mouvement de rotation de gauche à droite combiné à un mouvement d'extension de la tête parce que la fin de la ligne, en écriture penchée, est plus éloignée que le commencement (*fig.* 2).



Fig. 2.

III

Mécanisme de l'écriture droite (Fig. 3 et 4).

Le sujet appuie les deux coudes sur la table. L'angle du bras et de l'avant-bras droits ne varie pas.

Pour parcourir la ligne le sujet déplace le membre supérieur en masse. *Le coude est en mobilité constante. Fig.* 4).

Pour l'exécution des lettres, les mouvements de flexion et d'extension des doigts ne suffisent plus, il faut des mouvements complexes de circumduction et de rotation du poignet, mouvements combinés bien autrement fatigants que les simples mouvements de flexion et d'extension des doigts que nous trouvons dans l'écriture penchée. Et ces mouvements nécessitent une assez grande attention du sujet afin d'être exécutés correctement.

La fatigue pour l'exécution des lettres dans l'écriture droite est telle que presque tous les écoliers arrivent à utiliser le mécanisme de l'écriture penchée afin d'éviter cette fatigue. Il en résulte une écriture oblique *à gauche* (écriture renversée) au lieu d'être oblique *à droite.* Tous les maîtres qui ont adopté l'écriture droite, malgré leur enthousiasme pour cette écriture, reconnaissent que les cahiers sont beaucoup plus mal tenus avec l'écriture, droite qu'avec l'écriture penchée. L'inclinaison des lettres exécutées à l'aide de ce mécanisme est irrégulière et varie d'un mot à l'autre ; la ligne prend ainsi un aspect asymétrique très disgracieux. En effet, en prenant l'attitude de l'écriture droite pour l'exécution de la ligne, l'utilisation du mécanisme de l'écriture penchée dans la formation des lettres arriverait à donner une écriture très *renversée*, écriture que le maître ne tolérerait pas ; l'élève redresse partielllement son écriture en utilisant à la fois le mécanisme de l'écriture penchée et le mécanisme de l'écriture droite. C'est à l'union de ces deux mécanismes qu'est due l'écriture légèrement renversée.

L'écriture penchée est d'un mécanisme facile, l'écriture droite a au contraire un mécanisme compliqué ; elle demande en plus un effort cérébral ; elle comporte par conséquent un automatisme plus difficile à acquérir.

De là la fatigue plus g ande que l'écriture droite entraîne.

Dans l'écriture droite, le cahier est placé un peu en dedans (à gauche) de la ligne médiane du corps (fig. 3). Dans la position de départ, la tête est droite ; le sujet regarde le bord gauche du cahier ; les deux yeux sont à la même distance du cahier. Pendant l'écriture, les yeux suivent la ligne et au bout de cette dernière, c'est-à-dire



Fig. 3.

à la position d'arrivée (fig. 4), la tête a exécuté un mouvement de rotation de gauche à droite autour d'un axe vertical allant du trou vertébral à l'extrémité supérieure de la tête. Il n'y a pas eu de mouvement d'extension comme dans l'écriture penchée parce que la ligne d'écriture n'a pas d'élévation. L'œil gauche est plus rapproché du cahier ; l'œil droit en est plus éloigné (*fig.* 4).

La position des yeux est la même dans les deux écritures dans l'attitude du départ ; dans l'écriture penchée ils sont un peu plus éloignés à la fin de la ligne seulement.

IV

Pour se prononcer sur la supériorité de l'un de ces deux mécanismes, il faut rechercher celui qui assure la *position de repos au rachis*, et cette position devra être



Fig. 4.

exclusive d'une attitude vicieuse. *Toute la question est là.*

L attitude pour l'écriture exige une action musculaire, or on ne peut prolonger indéfiniment, longtemps, cette action ; il faut de toute nécessité arriver à une position de repos. C'est antiphysiologique de demander à des muscles un effort continu pour maintenir une attitude déterminée. L'écolier qui écrit ne peut pas plus se dérober à la fatigue que ne saurait le faire le soldat au port d'arme ; ce dernier doit être mis au repos après un certain temps de contraction et par conséquent de fatigue musculaire, et l'on sait que cette position de repos consiste à fléchir un membre inférieur, à hancher.

Pendant le temps d'activité, de contraction musculaire, le muscle agit seul. Pendant le temps de repos, temps de passivité, les ligaments seuls interviennent. Dans le premier cas, c'est la position musculaire ; dans le second, c'est la position ligamenteuse.

Le mode d'écriture le meilleur est donc celui *dont le mécanisme s'allie à une attitude normale de repos et ne donne pas lieu à une attitude ligamenteuse vicieuse.*

Que l'écriture soit penchée ou droite, l'écolier prendra forcément au bout d'un certain temps une attitude de repos.

V

La position de repos idéale est de se tenir appuyé sur les deux coudes (fig. 1).

Dans l'écriture penchée le repos sur les coudes est assuré. L'écolier s'appuie sur la table avec les deux coudes et les deux avant-bras. Et ce point d'appui ne peut faire défaut au cours de l'écriture et exposer à une attitude de fatigue car l'avant-bras droit pivote sur le coude qui reste fixe (fig. 2).

La position est ainsi bi-fessière, la colonne vertébrale reste droite et les épaules sont à égale hauteur.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'écolier qui écrit penché ne prendra jamais, ne pourra jamais prendre les attitudes vicieuses de l'écriture droite, mais ce sera bien exceptionnel, car le mécanisme de l'écriture penchée lui assure une position de repos plus commode que les positions de repos de l'écriture droite.

Au contraire, dans l'écriture droite, le coude droit est mobile (fig. 4) ; cette mobilité est la caractéristique du mécanisme de cette écriture. L'appui ne se fait et ne peut se faire que sur un seul coude, le gauche. Le sujet ainsi appuyé sur un coude et sur les deux fesses se trouve dans un état d'instabilité, le corps ayant une tendance à s'appuyer sur un point pour ne pas tomber en avant.

La formule « *écriture droite, sur papier droit, corps droit* » a pu faire fortune parce qu'en plaçant le corps dans une symétrie parfaite, elle a paru, *a priori*, indiquer la meilleure attitude et donner au corps une position naturelle. Grâce à cette bonne attitude, on évitait, a-t-on dit, les déformations thoraciques, la scoliose notamment, et de plus on supprimait une des principales causes de la myopie. Tant d'avantages expliquent le succès de l'écriture droite.

Que l'attitude dans l'écriture droite prise au moment où l'écolier *va écrire* soit une bonne attitude, une attitude normale et qui assure notamment la rectitude de la colonne vertébrale, c'est tout à fait exact ; mais c'est aussi l'*a priori trompeur de la méthode.* En effet, l'avant-bras droit se déplace constamment pendant que la ligne se poursuit et ce déplacement se traduit par un abaissement de l'épaule correspondante (*fig.* 4). Cet abaissement de l'épaule est déjà une première déformation ; les deux épaules ne sont plus sur le même plan ; la symétrie parfaite du début, alors que l'écolier n'écrivait *pas encore, mais s'apprêtait à écrire*, n'existe plus ou du moins est compromise. Mais ce n'est pas tout. L'avant-bras droit se déplaçant sans cesse ne peut fournir un point d'appui. Le point d'appui était parfait au début, dans la position de départ, mais il a disparu dès que l'avant-bras s'est

mis en marche. Si l'on fait abstraction de l'abaissement de l'épaule droite, on peut considérer que l'attitude pourra rester ainsi correcte pendant quelque temps, mais elle ne saurait rester longtemps, car l'écolier n'ayant qu'un appui instable sur le coude gauche va rechercher une position de repos qu'il ne peut trouver dans le mécanisme correct de l'écriture droite. Il prend le plus souvent l'attitude unifessière ; il s'appuie fortement sur l'avant-bras gauche et hanche du même côté ; l'appui se prend sur l'ischion et le coude gauches d'où fléchissement et incurvation de la colonne vertébrale. La colonne vertébrale est déviée avec convexité tournée à gauche et il y a tension des ligaments du côté de la convexité (Fig. 5). C'est la position unifessière classique. L'attitude de repos peut encore être recherchée dans un appui sternal. Il y a même d'autres attitudes de repos variables avec les sujets, mais très exceptionnelles ; nous n'en parlerons pas. Et il n'y a pas à dire que l'étourderie ou le manque d'attention de l'élève ou encore l'absence de surveillance du maître soient pour quelque chose dans ce changement d'attitude ; il s'agit d'un fait physiologique dû à la fatigue, née elle-même de l'instabilité d'une attitude que la contraction musculaire ne saurait prolonger longtemps. Et ce fait physiologique se produira d'autant plus vite que les sujets seront moins solides et moins bien constituées.

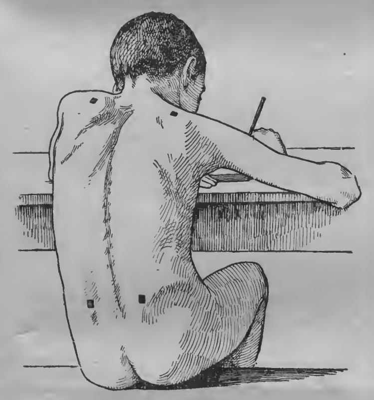


Fig. 5.

L'écriture droite étant la plus fatigante de toutes les écritures, c'est elle par conséquent qui est la plus apte à faire contracter une attitude vicieuse, alors que l'écriture penchée, qui est la moins fatigante, a un mécanisme propre qui assure la position de repos dans un maintien correct.

Et cette fatigue ne peut en rien être diminuée par un matériel scolaire quelconque, quelles que soient la disposition et la hauteur du banc et de la table, rien n'empêchera que la position du départ de l'écriture droite, position correcte à cet instant seulement (*fig.* 3), ne commence à devenir défectueuse dès que l'écolier écrit et ne soit tout à fait vicieuse lorsque la fatigue inévitable arrive Nous avons examiné beaucoup d'élèves dans plusieurs écoles de la ville de Paris où l'écriture droite est préconisée, et nous avons remarqué que tous se tenaient mal.

VI

On a dit, avec un semblant de vérité, que l'enfant avait une tendance naturelle à écrire droit et que l'écriture oblique penchée était pour lui pleine de difficultés et devait être réservée aux adultes. C'est une erreur. L'enfant est inhabile, inexpérimenté et c'est pour cette raison que, livré à lui-même, il procède pour écrire par les moyens les plus difficultueux et les plus maladroits. C'est d'ailleurs la règle générale pour toût apprentissage Au fur et à mesure que l'expérience s'acquiert, les moyens se simplifient et l'effort diminue. Ne voit-on pas cette règle se vérifier à chaque instant ? Dans tous les sports et dans tous les exercices ou travaux corporels, en général, les plus habiles donnent le minimum d'efforts parce qu'ils ont la forme d'exécution la plus simple.

VII

Si d'autre part nous considérons la position des yeux, nous voyons qu'il est indifférent que l'écriture soit penchée ou droite. Dans l'une comme dans l'autre on peut avoir facilement un éloignement de la tête aussi grand qu'il conviendra.

Il n'est pas exact de soutenir que l'écriture droite supprime une des principales causes de la myopie. Il est admis que, chez les lettrés, la myopie est plus fréquente. Si cette étiologie est réelle, la pathogénie est discutée. Rien ne prouve que la *distance trop rapprochée* soit la cause de la myopie dite scolaire. On a fait jouer un rôle à l'accommodation et à la convergence, mais ce rôle n'est pas défini. En tous cas on n'a pas prouvé que ce rôle est pernicieux à condition seulement d'être fonction d'une *vision trop rapprochée.* N'y a-t-il pas lieu de faire intervenir le rôle de la prolongation du travail et d'établir un parallèle entre la fatigue de l'attitude du rachis et la *fatigue d'attitude visuelle*, l'accommodation et la convergence étant plus faciles chez certains que chez d'autres et en tous cas fatigantes pour tous.

On attribue généralement la myopie scolaire au spasme du muscle ciliaire. C'est à prouver, comme il est également à prouver que le spasme, si on l'admet comme étiologie de la myopie, est dû lui-même à la vision trop rapprochée. Le spasme est un trouble moteur dépendant d'une irritation siégeant sur un point quelconque d'un arc réflexe spinal ou bulbo-spinal ; or on ne voit pas comment la vision rapprochée pourrait produire une irritation sur la voie centripète ou sur le centre médullaire ou sur la voie centrifuge. Le spasme du muscle ciliaire ne peut être provoqué par la vision trop rapprochée, il est dû à toutes causes qui peuvent actionner la réflectivité bulbo-médullaire qu'elles soient périphériques ou centrales. Il est vraisemblable que la vision rapprochée peut déterminer la myopie chez certains sujets prédisposés, mais les raisons de cette prédisposition nous échappent.

En tous cas, en raison seule de l'attitude de la tête, aucune écriture penchée ou droite de peut s'attribuer le mérite d'éviter la myopie.

✦

VIII

Conclusions.

Pour ces raisons, nous disons que toutes les écritures peuvent faire prendre des attitudes vicieuses. A ce point de vue, l'écriture droite présente le plus de danger précisément parce qu'elle est la plus fatigante et nécessite une position de repos qui est fréquemment la position dite unifessière (*fig.* 5). Cette position constitue une attitude vicieuse, elle peut créer des déformations et des scolioses d'origine ligamenteuse chez des enfants prédisposés.

C'est à tort qu'on a attribué à l'écriture droite le mérite d'éviter une des principales causes de la myopie.

L'écriture penchée est la moins fatigante ; son mécanisme assure une position de repos, un maintien correct et une attitude normale. Elle est préférable à l'écriture droite. On doit la recommander dans les écoles.

Matériel scolaire. La distance du siège à la table doit être telle que le sujet se tenant droit, les coudes touchent la table, le bras étant écarté légèrement du tronc (30° environ). Les bras deviennent ainsi *des béquilles pour le tronc.*

On évitera que la table soit trop basse, car sa trop grande distance à la tête solliciterait l'écolier à se pencher.

L'attitude unifessière (*fig.* 5), celle que prennent le plus fréquemment les élèves qui se tiennent mal, tient au recul, au déplacement du bras gauche. Afin de l'éviter on donnera à la table individuelle une longueur suffisante pour que les deux avant-bras avec les coudes puissent y reposer aisément en prenant la position pour écrire. Dans les écoles il peut y avoir avantage, soit pour l'ordonnance des salles, soit pour l'économie de l'espace, à avoir des tables communes. Dans ce cas la place de chaque élève sera délimitée par des planchettes de séparation mises de champ, ou simplement par une ligne. Les élèves prendront ainsi toute leur place et n'empiéteront pas sur celle du voisin.

Le siège sera suffisamment rapproché de la table afin que le corps ne soit pas penché en avant ; le serait-il un peu que cela n'aurait aucun inconvénient ; l'écolier doit toucher le bord de la table sans s'appuyer sur elle. Il y aurait inconvénient à ce que le siège fût trop rapproché parce qu'on provoquerait ainsi une déformation thoracique par pression au niveau du sternum.

Le siège sera à *dossier*, confortable, un peu incliné en arrière, afin de permettre une position de repos dans l'intervalle de l'écriture. *Le banc d'école classique est ce qui convient le moins.*

Les élèves seront rangés par rang de taille.

Dans l'écriture penchée, comme dans l'écriture droite la tête peut parfaitement être tenue à la distance voulue sans appareil. Il suffit d'apprendre à l'écolier à prendre une bonne attitude ; un peu de surveillance dès le début suffira pour l'éducation du maintien.

Pour faciliter ce bon maintien, on a multiplié les dispositions du matériel scolaire. A cet égard, il y a eu des abus et nous ne saurions trop recommander à l'Administration chargée de l'hygiène scolaire de les éviter. Elle saura ainsi mieux prendre des mesures simples et efficaces.

Et c'est ici le cas de rappeler d'autres conditions d'hygiène scolaire, car toutes ces questions sont connexes. Ces conditions sont celles d'un bon éclairage, d'une excellente typographie des livres classiques, de l'examen de la vision des écoliers afin de corriger les vices de réfraction et enfin d'une sage et intelligente distribution et répartition de temps d'application et de temps de repos.

A propos de l'examen de la vision dans les écoles, nous signalerons aussi à l'Administration l'inutilité de la création de places d'inspecteurs-oculistes des écoles et nous lui proposons un moyen d'inspection qui aura le triple avantage d'assurer efficacement, et non administrativement seulement, l'examen de la vision des élèves, de ne pas créer de places au moins inutiles et de ne pas faire un monopole au profit d'un médecin en lésant les intérêts des autres confrères de la région. Au commencement de l'année scolaire, dans chaque classe, l'instituteur ou l'institutrice dans les écoles, les principaux dans les collèges, les médecins des lycées dans ces derniers établissements, feront lire aux élèves à une distance de 5 à 6 mètres une échelle optométrique quelconque (Snellen, Jäger, de Wecker, Monoyer, Landolt, Armaignac, etc.), peu importe le modèle, et l'on avertira les parents de tout élève qui lira d'une façon défectueuse ces optotypes qu'ils aient à le faire examiner par tel oculiste de leur choix.

Qui ne comprend qu'en faisant ainsi on obtiendra des résultats satisfaisants pour l'hygiène oculaire parce qu'on fera appel à des sentiments qui ne feront jamais défaut, les sentiments qu'inspire aux parents la sollicitude qu'ils ont pour leurs enfants et les sentiments du devoir qu'a tout médecin envers ceux qui viennent le consulter.

Quelle meilleure garantie peut-on souhaiter !

Nous ne voudrions pas abuser de la critique facile à l'adresse de l'Administration, mais qui ne comprend également que, pour cette chose toute spéciale qu'est l'examen de la vision chez les enfants des écoles, le système administatif ne pourra que créer des places de médecins-inspecteurs et laisser la besogne à faire par d'autres.

Contribution radiographique à l'étude de quelques maladies déformantes des os ;

Par **G. LEGROS**.

Chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Tenon.

Il est permis de penser que les lésions anatomiques de nombre d'affections osseuses déformantes sont encore mal définies ; on voit en effet dans les traités classiques les plus récents toujours décrire l'ostéite raréfiante, l'ostéite condensante, l'ostéite raréfiante avec ramollissement, la résorption osseuse centrale avec développement de la substance compacte, la résorption osseuse avec néoformation osseuse périphérique... Les termes peuvent varier, mais la description reste toujours aussi peu caractérisée et l'ostéite raréfiante ou formatrice semble toujours se combiner d'une manière irrégulière et être peu susceptible de descriptions précises et spéciales.

Il s'ensuit que le diagnostic de ces affections : maladie de Paget, ostéomalacie, rachitisme, par exemple, reste purement basé sur les symptômes cliniques et l'évolution, et qu'on semble avoir peu ou n'avoir pas utilisé pour un diagnostic précoce ou difficile ce moyen pourtant actuellement partout employé pour les diagnostics de lésions osseuses traumatiques : la radiographie.

Les atlas de radiographie de l'homme normal ont accoutumé de reproduire parfois, pour la tête par exemple, la radiographie de pièces sèches pour faciliter la lec-

ture et l'interprétation de radiographies prises sur le vivant dans des conditions de technique identiques.

Nous avons eu, en collaboration avec A. Léri, l'idée d'utiliser à ce même point de vue la réunion importante de pièces d'os secs que nous offrait le musée Dupuytren, les nombreuses radiographies que nous y avons faites nous ont paru intéressantes à montrer et à résumer (1).

La maladie de Paget, l'ostéomalacie, le rachitisme, nous ont fourni des documents particulièrement intéressants.

Les radiographies de maladie de Paget actuellement ne sont plus rares ; elles ont même été faites de bonne heure par L. Lévi et Londe sur des os détachés des parties molles.

Elles ont été particulièrement bien décrites par MM. Hudelo et Heitz en 1901 (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*) ; on peut s'étonner et regretter que leurs descriptions n'aient pas été davantage utilisées par les traités classiques.

Nous avons poussé plus loin l'étude entreprise par ces auteurs et nous pouvons exposer les aspects comparés de ces quatre affections : maladie de Paget, syphilis osseuse, ostéomalacie, rachitisme.

M. Hudelo et Heitz estimaient, avec juste raison, très important de savoir si sur le vivant on pourrait obtenir les mêmes détails que sur les os secs, ces détails devant être alors d'un grand secours pour le diagnostic de l'affection. Il faut répondre par l'affirmative et nous avons pu contrôler dans les radiographies faites sur le vivant les premiers résultats que nous avions obtenus sur les os secs. L'obtention de détails de structure fine sur le vivant est actuellement possible et facile si l'on s'applique à travailler avec les rayons convenables ; elle peut permettre de faire un diagnostic précoce et de suivre les résultats d'un traitement institué.

A l'examen d'os atteints de maladie de Paget, les travées osseuses apparaissent comme irrégulières et confuses, elles donnent un aspect de fibrilles emmêlées. Cet aspect est assez bien celui d'une couche d'ouate très mince, mais d'épaisseur un peu inégale, vue par transparence ; l'aspect ouaté est limité à la partie centrale de l'os, ou généralisé à l'os tout entier ; il peut gagner les épiphyses qui présentent encore des traces de la disposition régulière des travées ou bien, complètement envahies, n'ont plus que des contours mal limités et flous.

La couche compacte présente parfois sur un bord de l'os une épaisseur considérable et sur le bord opposé une minceur extrême : un tibia recourbé en lame de sabre a, par exemple, sur son bord convexe, des points d'épaisseur minima de 4 millimètres, sur son bord concave complètement opaque une épaisseur moyenne et régulière de 2 cm. et maxima de 2 cm. 1/2.

Enfin les bords de l'os, sa silhouette, sont flous, irréguliers, alors même que la couche compacte subsiste plus ou moins complètement.

On conçoit que la réunion de ces différents caractères sur une radiographie donne un aspect bien spécial et reconnaissable au premier coup d'œil ; pratiquement l'aspect ouaté seul suffit et est bien caractéristique ; de toutes les radiographies d'os secs qu'il nous a été donné de faire, seules celles de maladie de Paget nous l'ont présenté.

Nous avons également et parallèlement radiographié des tibias de syphilis héréditaire tardive mais sans déformation en lame de sabre, n'en ayant pu trouver dans nos recherches.

Ces tibias présentaient à la radiographie, sur un tiers environ de leur longueur, un épaississement considérable déformant l'os en fuseau et le rendant même opaque à ce niveau pour des rayons doués d'un faible pouvoir pénétrant. Une véritable coque de tissu compact constituait en effet l'épaississement, rien dans le reste de l'os ne rappelait l'aspect ouaté de la maladie de Paget ; on y retrouvait au contraire la disposition régulière des travées osseuses.

L'ostéomalacie offre sur les os que nous avons radiographiés une structure bien spéciale encore, presque aussi caractéristique que celle de la maladie de Paget : la couche compacte est conservée, au moins en partie, sur une certaine hauteur de la diaphyse ; les épiphyses, au contraire, sont extrêmement claires et l'on ne voit plus que des traces de l'aspect normal ; mais ce qui est tout à fait spécial, c'est la structure de toute la partie centrale de la diaphyse. Cette partie ne présente plus du tout de fines travées obliques ; elle est uniformément claire, sauf quelques travées *opaques volumineuses*, transversales ou plus ou moins obliques qui réunissent les faces de l'os ; ces travées limitent ainsi un certain nombre *d'alvéoles remarquablement clairs*, de grandes dimensions et semblant non communicants entre eux. C'est, si l'on veut, l'aspect d'une coupe transversale de tomate.

Dans le rachitisme, malgré les courbures de l'os, la disposition des travées est plus ou moins conservée, on voit surtout un épaississement marqué de la couche compacte du côté concave et au centre une légère ostéite raréfiante avec quelques fines travées irrégulières ; pas de grosses travées, pas de gros alvéoles. Au niveau des épiphyses enfin, on n'observe pas la raréfaction intense de l'ostéomalacie ; l'os, au point de vue radiographique, est un os d'aspect général normal, mais déformé.

En résumé, et en se rapportant aux cas les plus typiques qui peuvent servir de base, on peut trouver dans la radiographie un moyen de différenciation très utile de certaines affections déformantes des os. La radiographie ne sera ici encore qu'un complément des examens cliniques ou, pour mieux dire, elle est elle-même un moyen clinique de plus, très susceptible de trancher la difficulté du diagnostic pour deux affections osseuses distinctes, à déformations d'aspect général identique ou peu dissemblable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens et le concours pour l'admissibilité à l'agrégation

Je ne croyais pas avoir si près de moi un des préposés à la vigilance du Congrès des praticiens : je vois Noir tous les vendredis au *Progrès Médical*, et il était chez Clémenceau à propos du certificat d'admissibilité ! On va peut-être pouvoir s'entendre, à moins que cela n'ennuie ses corécriminateurs.

J'ai dit l'autre jour (*Progrès Médical*, page 851) (1) : « Le

(1) A. Léri et G. Legros. — Présentation faite à la Soc. de Neurologie le 5 nov. 1908

(1) N° 49, 5 décembre.

certificat *illimité* et *diplômé* créait deux catégories de docteurs : une inférieure, les médecins actuels ; une supérieure, les futurs possesseurs du nouveau parchemin ». Les praticiens ont réclamé. Pour satisfaire à cette réclamation, on a supprimé le diplôme qui n'est plus qu'une *admissibilité* et on a changé l'examen en concours *limité* et combien limité !»

Rappelons que c'est avant tout cette limitation qui allume aujourd'hui la fureur des candidats et a créé l'état de siège à la Faculté.

Le Comité de vigilance réclame encore! Que veut-il? Pourquoi? Où les intérêts qu'il représente sont-ils menacés ?

La seule réponse qui transparaisse dans les trois colonnes de Noir (*Progrès Médical*, n° 51, page 879) est qu'il n'a pas confiance dans la « discrétion et la compétence des Ministres de l'instruction publique ». Je ne vois pas pourquoi il en a davantage dans celles du président du Conseil. Aurait-il du respect pour la hiérarchie?

... Noir me renvoie aussi à l'article 3. Je ne l'ignorais pas, quoi qu'il en pense ; c'est précisément cet article qui crée la limitation du nombre d'admissibles « d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat ». Si étendus que puissent être ces besoins, ils ne le seront jamais assez, même élargis par le népotisme, pour créer un danger pour les praticiens.

Aussi, je le répète, le comité de vigilance a péché par insuffisance de renseignements et par excès de zèle. Il a eu tort de *récriminer*.

J'emploie encore le mot « récriminer » et non « revendiquer » parce que c'est le mot qui convient. Au nombre des articles de son programme, le comité des praticiens a certainement des *revendications* et des plus justes, mais dans le cas particulier, c'était une *récrimination*, et des plus injustifiées.

Récriminer vient du latin, dirait M. Bergeret, *criminari*, accuser ; *re*, de nouveau, opposer une accusation à une autre accusation, et, par extension, porter une accusation contre quoi que ce soit, contre une institution dans le cas particulier. Mon mot était donc d'autant mieux appliqué que les praticiens n'ont rien à revendiquer pour eux-mêmes en l'espèce.

Il ne me serait jamais venu non plus à l'idée d'employer le mot « récriminer» dans le sens que lui donne Noir et qu'il n'a pas ; car nous savons tous, de bientôt lointaine mémoire, que le Comité des Praticiens ne prend jamais « le ton pleurard ni suppliant ». Il suffit de se reporter par la pensée au premier Congrès des praticiens ou aux articles de Noir souvent si remplis d'aménité pour les officiels (voir Bulletins du *Progrès Médical* des nos 34 et 51 de l'année 1908, pour ne parler que de cette année). Les méthodes et les polémiques du Comité de vigilance fleurent la Confédération générale du travail ; c'est la lutte déclarée contre tout ce qui s'élève ; c'est une haine si vivace qu'elle fait passer au second plan les revendications vraiment utiles à la profession et pour l'obtention desquelles tous sans exception voudraient se grouper.

G. Milian.

Le certificat d'admissibilité à l'agrégation.

Il est peut-être téméraire, alors que partout des clameurs s'élèvent contre le certificat d'admissibilité à l'agrégation, qu'il provoque des émeutes et que les candidats déclarent qu'ils ne le passeront ni sous cette forme. ni sous une autre, d'écrire que *son principe est un progrès*. C'est pourtant ma conviction très sincère et désintéressée.

Les deux points capitaux de la réforme sont d'une part *l'admissibilité définitive* et d'autre part la *répétition annuelle du concours*.

Ce sont là des avantages considérables pour les candidats, qui peuvent ainsi se libérer rapidement des épreuves théoriques et travailler à leur aise la branche médicale qu'ils ont choisie. Avec l'ancien mode, le concours avait lieu tous les trois ans et l'admissibilité n'était pas acquise ; il fallait donc pendant trois, six, neuf ans, revoir et ressasser les mêmes questions théoriques.

On ne peut nier l'énorme progrès de la nouvelle institution : ayant une fois justifié de ses connaissances générales, le candidat à l'agrégation porte tout son effort vers l'agrégation qu'il a choisie, puisqu'une autre modification capitale a consisté, dans le nouveau projet, à créer des *agrégations spécialisées*.

Quels sont donc les reproches qu'on puisse lui adresser? Il y en a certainement, car il est bien difficile d'établir du premier coup et de manière à satisfaire tout le monde un règlement qui bouleverse aussi profondément les modalités anciennes : on n'a pas assez tenu compte des candidats déjà âgés qui ne sont pas admissibles et qu'on oblige à retravailler des questions bien lointaines de leur mémoire ; en un mot, on n'a pas suffisamment ménagé la transition. On a sauvegardé les intérêts des anciens admissibles qui le demeurent, mais non ceux des candidats qui n'ont pas eu la chance de l'être. C'est pour corriger cette omission du règlement, que les membres du jury ont posé des questions faciles et ont donné aux candidats le choix entre trois questions. C'est également pour faciliter le travail aux candidats que le règlement modifié du concours de l'année 1909 prévoit des séries de questions différentes pour les diverses agrégations de médecine, chirurgie, sciences naturelles.

Le plus gros reproche qu'on puisse faire au désormais célèbre certificat, c'est la *limitation* vraiment trop restreinte du nombre des places mises au concours : 3 pour la médecine et pour Paris cette année, alors qu'il y a plus de 50 candidats. La limitation du nombre des places, c'est faire attendre longtemps l'admissibilité ; c'est, par suite, faire perdre le bénéfice des concours fréquents et revenir à l'éternel resassement des épreuves de mémoire. Ce sera la même attente prolongée de la délivrance des épreuves théoriques avec l'aggravation d'un concours annuel au lieu de trisannuel. La limitation du nombre des places annule toute la réforme heureuse en son principe. Elle l'annule d'autant mieux qu'elle incite la partialité des juges qui, entre deux épreuves bonnes, choisiront forcément celle de leur élève, puisqu'ils ne pourront donner l'admissibilité aux deux.

La limitation du nombre des places, le certificat transformé en concours, voilà le vice capital du régime nouveau.

C'était précisément l'avantage du projet personnel primitif du professeur Bouchard, aujourd'hui conspué pour l'exécution d'une réforme qui n'est pas la sienne.

Or, c'est au Comité de vigilance du Congrès des praticiens qu'on doit l'abandon de ce projet primitif et l'adoption du nouveau qui mécontente tellement les candidats. On a tenu à prouver au Comité de vigilance qu'on ne voulait pas, comme il disait le craindre, créer une classe de médecins supérieurs et ravaler les autres au rang d'officiers de santé. On ne leur a pourtant rien prouvé du tout puisqu'ils poussent toujours la même plainte aiguë : « Savez-vous le but poursuivi ? C'est de créer deux classes, de médecins : la classe des mondains dotés de diplômes supérieurs, auxquels seraient réservés tous les postes des Facultés, et la classe des autres, les parias de la médecine, un vague prolétariat médical, de nouveaux officiers de santé.... » (Noir. Proclamation à la foule du 23 décembre 1908, in journal *Le Temps*, 25 décembre 1908).

G. MILIAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'impétigo de la face et du cuir chevelu chez les enfants ;

Par M. G. RAILLIET,

Interne des hôpitaux de Paris.

Un pansement humide pour faire tomber les croûtes, puis une pommade quelconque, boriquée ou non : à cela se résume, pour beaucoup de praticiens, le traitement de l'impétigo. Traitement un peu simpliste, à la vérité. Si bénigne que soit cette affection dans la majorité des cas, il faut bien savoir que parfois, elle se complique d'accidents dont le plus sérieux est une albuminurie pouvant aller jusqu'à la néphrite grave. De plus elle est contagieuse. Toutes raisons pour ne pas la négliger. Or, comme le succès thérapeutique dépend d'une foule de détails, en apparence insignifiants, il importe de les appliquer minutieusement.

Le médecin n'aura rempli qu'une partie de son devoir lorsqu'il aura prescrit un traitement local. Il devra se préoccuper également de l'état général de son petit patient et chercher à enrayer toute complication, ainsi qu'à prévenir la propagation de la maladie dans l'entourage de l'enfant.

Traitement local. — *Au début*, alors qu'il n'existe encore que des *vésicules* et des *phlyctènes*, on peut tenter de juguler l'affection. Avec les précautions de la plus stricte asepsie, on abrase aux ciseaux tout l'épiderme soulevé ; on assèche soigneusement le fond de la plaie ainsi produite avec de l'ouate hydrophile ; on touche avec un tampon d'ouate imbibé d'eau d'Alibour diluée au moins au tiers. Puis, après avoir protégé les parties non atteintes par une couche de pâte de zinc, on applique un pansement humide, sans taffetas. Chaque jour, on enlève la pâte avec de la vaseline, on essuie bien et on applique de suite une nouvelle couche de pâte. Cette pratique a pour objectif d'éviter les inoculations secondaires. Malheureusement, en dépit de ce traitement, on voit d'ordinaire se former les croûtes mélicériques si spéciales.

Lorsqu'il existe des *croûtes*, il faut chercher à les faire tomber ; on y parvient facilement par divers procédés. Leredde donne la préférence aux pulvérisations dans tous les cas ; Sabouraud les réserve pour le cuir chevelu. On utilisera l'eau boriquée tiède à 2 pour 100, ou encore une infusion de fleurs de sureau, ou de têtes de camomille : ce qui est une façon d'obliger à faire bouillir l'eau.

Ces pulvérisations répétées plusieurs fois par jour ont l'avantage d'assurer une désinfection soignée à laquelle on ne peut prétendre par l'emploi des autres moyens ; mais elles ne sont pas toujours possibles ; aussi a-t-on plus souvent recours aux vieux procédés : cataplasme de fécule froid, pansement avec des compresses de tarlatane pliées en huit ou douze doubles, trempées dans un des liquides signalés précédemment ; nous n'aimons pas beaucoup recouvrir le pansement d'un imperméable, taffetas gommé ou autre, qui favorise trop la macération de l'épiderme et les inoculations secondaires, toujours désagréables : celles-ci pourront d'ailleurs être prévenues en enduisant, comme nous l'avons dit ci-dessus, les parties saines de pâte de zinc.

Une excellente pratique, recommandée par Sabouraud, consiste à imbiber les croûtes plusieurs fois par jour, avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans de l'eau d'Alibour (1) plus ou moins étendue d'eau bouillie (3 volumes au moins), suivant la susceptibilité des téguments de l'enfant. A la formule classique Sabouraud préfère la suivante :

Sulfate de zinc....................	7 gr.
Sulfate de cuivre....................	3 gr.
Camphre......................	âà 0,50 cent.
Safran......................	
Eau distillée..................	300 gr.

Après la chute des croûtes, qui survient au bout de vingt-quatre à trente-six heures, on répétera les lotions huit à dix fois par jour. On pourra aussi se contenter d'appliquer une pommade simple, de la vaseline boriquée à 1 pour 15 ou pour 10, pommade à l'oxyde de zinc à 1 pour 10, à laquelle on ajoutera, s'il est nécessaire, un centième de calomel. Ainsi, l'on se rendra assez facilement maître d'un impétigo aigu.

Mais il est des *formes atoniques et rebelles* pour lesquelles on se trouvera bien d'employer une pommade à l'oxyde jaune de mercure, au cinquantième d'abord, puis plus forte — jusqu'au quinzième — si les téguments peuvent la tolérer.

L'huile de cade peut être avantageusement associée à l'oxyde jaune, comme dans la formule suivante de Vidal :

Oxyde jaune de mercure.......	0 gr. 50 à 1 gr.
Huile de cade...............	1 à 3 gr.
Cérat sans eau...............	20 gr.

Plus simplement, on occlura les placards isolés avec une rondelle de sparadrap à l'emplâtre rouge de Vidal.

Il est rare qu'un impétigo particulièrement rebelle ne cède pas aux attouchements répétés de nitrate d'argent en solution à 1 pour 20. C'est un topique dont nous avons maintes fois constaté les excellents effets.

L'*impétigo du cuir chevelu*, habituellement d'origine parasitaire, demande quelques soins spéciaux. Il va de soi qu'il faudra d'abord détruire les parasites par les moyens habituels. Chez les garçons, on coupera les cheveux ras, aux ciseaux et non au rasoir, puis on fera des lotions à l'eau d'Alibour ou des pulvérisations. Chez les filles, le mieux sera encore de sacrifier la chevelure, mais si l'on ne veut s'y résigner, on fera des lotions répétées suivies chaque fois d'une dessiccation parfaite. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'enveloppement caoutchouté. Avec de la patience, on vient toujours à bout d'un impétigo.

Mais, *une fois guérie*, cette affection laisse de la rougeur, de la desquamation, qui disparaissent facilement par l'application d'une pâte de zinc boriquée ou mieux au calomel :

Calomel......................	1 gr.	
Oxyde de zinc................	6 gr.	
Lanoline.....................	6 gr.	
Vaseline pure................	10 gr.	(BROCQ).

Contre ces *dartres volantes* consécutives à l'impétigo, Sabouraud prescrit la pommade suivante :

Tannin à l'éther............	âà 0.30 centigr.
Calomel à la vapeur.......	
Vaseline..................	30 gr.

(1) Guinon et Pater ont, sinon accusé, du moins soupçonné l'eau d'Alibour d'avoir causé de la néphrite chez un de leurs malades. Ce cas unique n'est pas assez convaincant pour faire rejeter l'emploi de ce médicament si utile.

Traitement général. — Contre l'état gastrique qui s'observe parfois au début des formes aiguës, on administrera un purgatif et on établira un régime convenable.

Mais c'est surtout dans les formes torpides que le traitement général aura de l'importance. Elles s'observent essentiellement chez des sujets lymphatiques qu'il faut tout d'abord stimuler par des toniques amers (quinquina, kola) ; on leur ordonnera ultérieurement de l'huile de foie de morue, des préparations iodées, sirop de raifort iodé, sirop iodotannique, sirop d'iodure de fer.

Traitement des complications. — Nous n'insisterons pas sur les *blépharites*, *conjonctivites* et *kératites* qui cèdent généralement, les premières à une pommade à l'oxyde jaune ou à l'oxyde rouge à 1 pour 100, les autres à un collyre au sulfate de cuivre. Par contre, nous attirerons l'attention sur la *néphrite*. Quoique bien connue, elle est négligée par les auteurs. Si les formes graves avec anasarque, hématurie, et suivies de mort, sont exceptionnelles, les formes légères, albuminurie avec œdème fugace se voient assez souvent. Aussi sera-t-il d'élémentaire prudence d'examiner fréquemment les urines de ces petits malades. L'albuminurie reconnue, on mettra l'enfant au repos au lit et au régime lacté exclusif ; les premiers jours, on pourra donner un peu d'eau lactosée, ou bien on coupera le lait d'une décotion farineuse fraîchement préparée. Les bains chauds ont une influence heureuse. Enfin, on veillera au bon fonctionnement des voies digestives.

En cas d'accidents cardiaques, on fera des injections d'huile camphrée plutôt que d'administrer de la digitale ou même de la caféine.

Prophylaxie. — Eviter tout contact direct ou non avec le petit malade, qui ne sera pas admis à l'école. Lavage à l'eau bouillante de tous les objets qui lui ont servi (jouets, objets de toilette).

Sur l'emploi de l'ophtalmo-réaction dans les asiles d'aliénés.

Par le Dr E. **FRANÇOIS** ;

Médecin en chef de l'asile de Pontorson.

Nous avons fait, comme médecin en chef de l'asile de Pontorson, un certain nombre d'expériences d'ophtalmo-réaction chez les aliénés. Quoique tardives et point nouvelles, elles nous ont paru mériter la publicité, à titre de contribution à l'ensemble de ces recherches.

Nous avons commencé par étudier longuement nos malades au point de vue clinique, attentif surtout à noter les signes de tuberculose pulmonaire que l'auscultation pouvait nous révéler. Cet examen a porté successivement sur 200 d'entre eux : 140 hommes et 60 femmes, Puis, après préparation aseptique d'une solution de tuberculine au centième, selon la technique décrite par M. le professeur Calmette, de Lille (1), à qui nous exprimons ici notre vive gratitude pour la générosité avec laquelle il a bien voulu nous documenter et mettre à notre disposition une quantité illimitée de sa précieuse poudre, nous avons pratiqué, dans l'œil de nos sujets, l'instillation d'une goutte du liquide.

La réaction s'est généralement produite entre la sixième et la douzième heure.

Nous avons obtenu 66 résultats positifs, dont 48 pour les hommes et 18 pour les femmes. Mais cette distinction n'ayant aucun intérêt, la réaction n'offrant pas de caractère particulier suivant le sexe, nous examinerons nos cas dans leur ensemble.

En rapprochant les noms correspondant à chacun de ceux-ci des noms qui se rapportaient à nos observations cliniques, nous avons été frappé de leur concordance. Tous les malades qui n'avaient pas réagi, sauf un, se trouvaient cliniquement indemnes, et presque tous ceux dont l'œil avait présenté la rougeur caractéristique de l'angle interne et de la caroncule étaient signalés soit comme suspects, soit comme atteints de tuberculose.

Voici en quels termes ces derniers se trouvent définis dans nos notes : « Submatité à l'un des sommets ou aux deux ensemble ; exagération des vibrations thoraciques, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse ; obscurité marquée du murmure vésiculaire, ou inspiration rude et saccadée, avec râles fins ou craquements secs aux mêmes points. » Quant aux suspects, nous avons seulement relevé la rudesse ou l'obscurité respiratoires, ainsi que l'exagération des vibrations thoraciques, sans bruits anormaux. Dans trois de nos 66 cas, il y avait des symptômes non douteux de fonte purulente, bien que la caverne ne fût pas encore constituée ou appréciable. Pour tous, l'examen bactériologique a fait défaut ; mais nous n'étions pas outillé pour le pratiquer, et d'ailleurs, il est difficile d'obtenir des aliénés des produits d'expectoration utilisables, la plupart d'entre eux ayant l'habitude d'avaler leurs mucosités.

Nos 66 résultats positifs se décomposent de la manière suivante :

Tuberculose pulmonaire certaine	3
Tuberculose pulmonaire probable	24
Sommets suspects	21
Pleurésie à grand épanchement	2
Diarrhée chronique avec ascite légère, sans lésion apparente du foie	1
Diarrhée chronique avec anorexie	1
Laryngite chronique	3
Tuberculose osseuse et cutanée	2
Mal de Pott	1
Malades non définis ou en apparence indemnes	8
Total...	66

Nous avons donc 8 cas de réaction positive, qui sont en contradiction apparente avec la clinique. Sur ce nombre, 5 ne doivent pas entrer en ligne de compte ; il s'agit d'aliénés dont l'auscultation n'a pas été possible, parce qu'ils cessaient de respirer chaque fois que nous appliquions l'oreille sur le thorax ou laissaient passer l'air par courtes saccades, de manière à rendre imperceptible le murmure vésiculaire. Les trois autres sujets paraissaient indemnes de tuberculose. Ajoutons que, par contre, un tuberculeux à la seconde période, avec complication pleurétique, — telle était du moins notre opinion, — auquel nous avons instillé deux fois la solution, n'a éprouvé aucune manifestation oculaire. L'observation de ce malade est intéressante. Il présentait des râles humides et fins sous la clavicule gauche, de la matité au niveau de la moitié inférieure du poumon du même côté, en arrière et dans la région axillaire, avec diminution des vibrations thoraciques et du bruit respiratoire ; il y avait du souffle et un peu d'égophonie dans la fosse sous-scapulaire. La transpiration nocturne était abondante (en mai). Toux peu fréquente, plutôt sèche. Depuis huit jours, la température oscillait entre 38° le matin et 39° le soir. Nous avions mis le sujet à la diète, et il réclamait constamment à manger. Une ponction exploratrice à la base fournit seulement quelques gouttes de sérosité louche. Un mois après, notre prétendu tuberculeux n'avait plus aucune fièvre et quittait l'infirmerie. On ne trouvait, deux mois plus tard, qu'un défaut de souplesse alvéolaire, l'inspiration étant obscure et l'expiration un peu prolongée, avec une légère submatité étendue à toute la surface pulmonaire. Si bien que nous pensons avoir fait peut-être une erreur de diagnostic, et avoir rencontré, au hasard de nos recherches, une affection pleuro-pulmonaire ancienne et non soignée, qui, sans notre intervention, aurait évolué vers la chronicité, comme il arrive parfois chez les aliénés, dont la tolérance organique est, à ce point de vue, très remarquable (1).

---

(1) Sur un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme, par l'ophtalmo-réaction à la tuberculine, par le Dr A. Calmette, *in Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séances des 17 juin et 29 juillet 1907. — *Le diagnostic de la tuberculose par l'ophtalmo-réaction*, par le Dr Léon PETIT, de Lille, Masson, Paris, 1907.

(1) Comme exemples de cette tolérance, nous pourrions produire bien des observations personnelles. Nous en citerons seulement trois dans lesquelles l'autopsie a confirmé le diagnostic porté ou

Nous n'avons pas subi d'accident sérieux au cours de ces 200 épreuves ; cinq malades seulement, parmi les plus inconscients et les plus malpropres, ont eu une conjonctivite un peu prolongée, mais légère, due au manque de surveillance, et qui ne saurait être imputée à la solution.

Signalons, avant de terminer, le cas d'un homme atteint de diarrhée chronique qui, à cause de quelques signes stéthoscopiques sous-claviculaires, accompagnés d'une toux ancienne, et surtout de son aspect cachectique, était considéré comme tuberculeux. Il n'a pas réagi à la tuberculine. Nous l'avons soigneusement ausculté de nouveau, et nous n'avons plus trouvé que quelques râles sibilants en arrière, sans fièvre. Il est aujourd'hui bien guéri, et de son entérite et de sa bronchite : la tuberculine avait eu raison.

En somme, la méthode de l'ophtalmo-réaction, très sûre et absolument inoffensive, d'une part, d'application simple et facile, d'autre part, nous semble appelée à rendre de grands services dans les établissements d'aliénés, pour dépister l'infection tuberculeuse, les sujets qui réagissent d'une manière positive, alors que l'auscultation ne les a point dénoncés, ayant, selon toute probabilité, quelque localisation bacillaire cachée.

Quant aux formes de vésanies dont nos malades étaient atteints, nous n'avons pas constaté que l'une quelconque d'entre elles eût fourni un contingent particulièrement élevé aux résultats affirmatifs obtenus. Nous devons, cependant, dire que les folies dépressives (mélancolie, confusion mentale, démence précoce, stupeur) comptent parmi ceux-ci pour les deux tiers environ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1908

L'ordre du jour portait : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1908, par M. Troisier ; 2° Proclamation de ces prix, par M. Bucquoy, président ; 3° Eloge de Tarnier, par M. Pinard, membre de l'Académie.

1° Prix décernés en 1908.

Prix de l'Académie. — L'Académie ne décerne pas de prix.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — M. P. Chaussé (Versailles). Mention très honorable à M. Hébert (Audierne).

Prix Amussat. — M. Destot (Lyon).

Prix Apostoli. — M. A. Laquerrière (Paris).

Mention honorable à M. E. Bonnefoy (Cannes).

Prix François-Joseph Audiffred. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Baillarger. — M. A. Rodiet, Dun-sur-Auron (Cher).

Prix Barbier. — L'Académie partage le prix entre MM. P. Remlinger (Constantinople), Lucien Malloizel (Paris), Louis Wickham et Degrais.

Mention très honorable à MM. J. Thiroloix, G. Rosenthal.

Prix Mathieu Bourceret. — M. Jacques Parisot (Nancy).

Mentions honorables à MM. C. Fleig (Montpellier), J. de Fourmestraux (Chartres), Léon Tixier (Paris).

Prix Henri Buignet. — M. E. Léger (Paris).

Prix Campbell-Dupierris. — M. Maurice Nicloux (Paris).

Prix Civrieux. — M. Vladoff, à Sophia (Bulgarie).

Prix Clarens. — M. Franck Clair (Marseille).

Mentions très honorables à MM. Cazalis et Lucien Graux (Paris), Ramally (Noyon).

Prix Daudet. — M. Gabriel Petit (Alfort).

Prix Desportes. — L'Académie partage le prix entre MM René Gaultier, Jacquet et P Jourdanet, J Lesage (Buenos-Ayres).

tardivement soupçonné pendant la vie : un cas de péritonite généralisée, qui a évolué sans douleur jusqu'à la mort, et deux cas de fièvre typhoïde, avec larges ulcérations de l'iléon et du cæcum, dont, à part la prostration des derniers jours, et à part l'hypertrophie de la rate, les seuls symptômes ont été la fièvre et l'inappétence.

En ce qui concerne la opthiénentérie, l'ophtalmo-réaction de Chantemesse rendrait également de grands services dans les asiles.

Mentions honorables à MM. Bouloumié (Vittel), Lafay (Paris), Em. Perrot, P Hurrier (Paris), P. Redard (Paris), Lucien Rivet (Paris).

Concours Vulfranc Gerdy.—Récompense de 500 francs à M. Ameuille Récompense de 500 francs à M. Feuillié. Récompense de 500 fr. à M. Parturier.

1.500 francs à M. Glénard.

Prix Ernest Godard. — M. W. Pavy (Londres).

Mention honorable à M. Louis Laederich (Paris).

Prix Théodore Herpin (Genève). — M. Albert Deschamps (Riom).

Mentions très honorables à MM. Beni-Barde (Paris), François Montier (Paris)

Prix Laborie — M A. Montprofit (Angers).

Mention honorable à M René Lefort (Lille).

Mention honorable à M Drouineau (Amiens).

Prix Laval. — M. Milhit, interne des hôpitaux.

Prix Jules Lefort.—Un prix de 500 francs à M. P. Carles (Bordeaux). Un prix de 240 francs à M. Albert Buisson (Le Mans).

Mention honorable à M. Henri Bocquillon-Limousin (Paris).

Prix Henri Lorquet. — M Benon (Paris).

Mention honorable à M. Achille Delmas (Paris).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — M. Lannois (Lyon).

Mentions très honorables à MM. Escat (Toulouse), Jules Mouret (Montpellier).

Prix Adolphe Monbinne. — M. Noël Bernard (Paris).

Mention honorable à M. Douzans (Tanger).

Prix Nativelle. — M. Léon Bourdier (Paris).

Prix Orfila. — MM. A. Calmette, E. Boulanger, E. Rolants, F. Constant, L. Massol, A. Buisine (Lille), MM. J. Roussel et B. Bezault (Paris).

Prix Oulmont. — M. Mocquot (Pierre).

Prix Pourat. — M. Pachon (Paris).

Prix Roger. — M. Marfan (Paris).

Prix Saintour. —M. Emile Sergent (Paris).

Mentions très honorables à MM. Borrel (A.) (Paris), Jolly (J.), Rosenthal (Georges) Paris), Trutié de Vaucresson (Rennes), Emile-Weil (P.) (Paris).

Mentions honorables à MM. Apert (E.), Léopold-Lévi et Henri de Rothschild.

Prix Stanksi. — MM. A. Thiroux, J. Dupuy (Saint-Nazaire).

Prix Tarnier. — M. A. Couvelaire (Paris).

Mention très honorable à M. J.-L. Chirié (Paris).

Prix Tremblay. — M. B. Motz (Paris).

Mention très honorable à M. Paul Hallopeau (Paris).

Prix Vernois. — L'Académie partage le prix entre MM. Léon Aubert, Mlle J. Ioteyko (Bruxelles), et Mlle Varia Kipiani, Etienne Ginestous (Bordeaux).

Mentions honorables à MM. Courgey (Ivry-Port), Marcel Frois (Creil), Louis Gaucher (Montpellier).

Service des Eaux minérales.

1° Médaille d'or, à M. Pierre (Bourbonne-les-Bains).

Médailles de vermeil, à MM. Nicolas (Nice), Binet (Saint-Honoré-les-Bains).

3° Médaille d'argent, à MM. Fleury (E.) (Rennes), Boutté (H.) (Vichy), E. Gautrelet (Paris).

4° Rappels de médailles d'argent, à MM. Belugou (Lamalou-les-Bains), Pessez (G.) (Paris).

5° Rappel de médaille de bronze, à M. Goudard (L.) (Pau).

Service des Epidémies

1° Médaille d'or, à M. Pitance (J.-B.), à Teissat (Allier).

2° Rappels de médaille d'or, à MM. Chabenat (La Châtre), Pennetier (G.) (Rouen).

3° Médailles de vermeil, à MM. Labit (Saint-Mandé), Matignon (J.-J.) (Bordeaux).

4° Rappels de médailles de vermeil ,à MM. Boquin (Autun), Courtade (Outarville), Gorez (Lille).

5° Médailles d'argent, à MM. Braun (A.-D.) (Lyon). Gardamatis (J. P.) à Athènes (Grèce), Chaudoye (H.), à Tébessa (Algérie), Martin (V.-A.), Rambaud (P.), à Poitiers (Vienne).

6° Rappels de médailles d'argent, à MM. Gagnière (Lyon), Joly (P. L.) (Barle-Duc), Römer (R.), de Médan Deli (Sumatra).

7° Médailles de bronze, à MM. Benoist, à Vannes (Morbihan), Camaid (Chandernagor), Choksy (Bombay), Colomb (Nouméa), San-

dras (Montreuil-sur-Mer), Tranchant (L.), Vignol (A.) (La Rochelle), Baudran (G.) (Oise).

8° Rappels à la médaille de bronze, à M. Ginestous (E.), (Bordeaux).

SERVICE DE LA VACCINE.

I. Médaille d'or à M. Fédou (Azille).

II. Rappels de médailles d'or à MM. Courtade (Outarville), Gros (Rébeval), Hellet (Clichy).

III. Médailles de vermeil à MM. Goldschmidt (Strasbourg), Huon (Marseille).

IV. Rappels de médailles de vermeil à MM. Camescasse (Saint-Arnould), Cazal (Toulouse), Creutz (Aïn-Temouchent), Ducournau (F.) (Benesse-Maremme), Lafont (Saint-Denis), Michaux (Aubervilliers), Pascalis (Paris), Richard (E.) (Paris).

V. Médailles d'argent à MM. Bouffard à Bamako (Haut-Sénégal et Niger), Dépéret-Muret (Paris), Heckenroth et Ouzilleau, à Nola (Congo), Perrody (Paris), Chevrotier (J.) (Lyon), Dupont (Afrique), Tasset (Saumur).

VI. Rappels de médailles d'argent à MM. Balland (Paris), Billon (Paris), Crouigneau (Paris), Doury (Paris), Frasey (Paris), Genglaire (Coucy-le-Château), Guers (Mouzaïaville), Laloy (Paris), Lefaye (Courbevoie), Lemardeley (Levallois-Perret), Mallet (Paris), Masson (Grandris), Pachot (Vincennes), Sandras (Lyon), Tolédano (Paris), Vallat (Vincennes), Mlle Hénault (Paris).

VI. Médailles de bronze à MM. Comméléreau à Tidjikdja (Mauritanie), Guégan (Tunis), Lainé à Mateur (Tunisie), Lallement (Nogent-sur-Marne), Nau (Champigny), Pouillet (Champigny), Sangline (Paris), Ferrand (Paris), Lemaire (Paris), Mmes et Mlles Béthenor (Paris), Chamaud (Paris), Chaumont (Paris), Dréano (Paris).

VIII. Rappels de médailles de bronze à MM. Descrimes (Aïn-Tédelès), Ferry (A.) (Mur-de-Sologne), Tranchoant (Mézières), Rivet (Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

1° Médaille d'or à M. Ficatier (Bar-le-Duc).

2° Médailles de vermeil à MM. Ginestous (Et) (Bordeaux), Houssay (F.) à Pont-Levoy (Loir-et-Cher), Cannet (Em.) (Rennes), Geay (Draguignan), Marois (R.) (Auxerre).

3° Rappels de médailles de vermeil à M. Auvert (J.) (Bourges), Boucoiran (Nîmes), Féraudi (Th.) (Nice), Roche (P.) (Châlons-sur-Marne), Rouveyre (X.) Privas).

4° Médailles d'argent à MM. Bruch (A.) (Tunis), Havrez (Léon), (Melun), Leroux (Ch.) Paris, Mercier (Tours), Carré (Laon) Charpal (de) (Carcassonne), Drouilly (Aurillac), Lardet (F.) (Avignon).

5° Rappels de médailles d'argent à MM. Gagnière à Vaulx-Milieu (Isère), Lévy (A.) (Nancy), Denos (G.) (Chartres), Dupont (Albéric) (Nevers), Gauthier (Digne), Viret (Georges) (Arras).

6° Médailles de bronze à MM. Bonnamour (Lyon), Bosc (Guignes-Rabutin), Genglaire (Coucy-le-Château), Desmot (J.) (Laval), Lavaurs (Mont-de-Marsan), Oulion (A.) (Moulins), Roux-Duverne (Châteauroux).

7° Rappel de médaille de bronze Touret (W.) Angoulème.

2° *Prix proposés pour 1911.*

Les concours seront clos fin février 1911.

Prix de l'Académie. Partage interdit. 1.000 francs. Pli cacheté: « De l'influence des inflammations antérieures sur le développement du cancer ».

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). Partage interdit. 800 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. Partage interdit. 600 francs. (Annuel).—Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix du marquis d'Argenteuil. Partage interdit. 6.800 francs. (Sexennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, mais dans ce cas seulement, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix du baron Barbier. Partage autorisé. 2.000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhs, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Louis Boggio. Partage interdit. 4.300 francs. (Triennal). — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret. Partage interdit. 1.200 fr. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. Partage interdit. 1.500 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Capuron. Partage autorisé. 1.000 fr. (Annuel). — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales : « Pathogénie de l'éclampsie gravidique ».

Prix Chevillon. Partage interdit. 1.500 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. Partage interdit. 800 francs (Annuel). — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse : « La démence organique ».

Prix Clarens. Partage interdit. 400 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. Partage interdit. 1.000 francs (Annuel). — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs : « Des épithéliomas envisagés uniquement dans les rapports pouvant exister entre leur apparition, leur développement et l'acte de fumer le tabac ».

Prix Desportes. Partage autorisé. 1.300 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique.

Prix Vulfranc Gerdy. M. Vulfranc Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5.500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes aux services des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger, Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger ; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

Les dispositions testamentaires de M. Gerdy ont été l'objet d'un règlement rédigé par une Commission de l'Académie, d'accord avec l'exécuteur testamentaire.

Prix Ernest Godard. Partage interdit. 1.000 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe.

Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

Prix Théodore Herpin (de Genève). Partage interdit. 3.000 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix du comte Hugo. Partage interdit. 1.000 fr. (Quinquennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Laborie. Partage interdit. 5.000 fr. (Annuel) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. Partage autorisé. 500 francs (Annuel). — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans les cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. Partage interdit. 1.000 francs (Annuel). — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. Partage interdit. 1.800 francs (Triennal). — Sur la mélancolie : Question : « De la mélancolie ».

Prix Henri Lorquet. — Partage interdit. 300 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). Partage interdit. 2.600 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles.

L'Académie aura la plus grande latitude pour l'attribution de ces récompenses. Elle pourra ne pas les décerner si elle le juge convenable et, soit les reporter aux années suivantes, soit les ajouter au capital pour augmenter la valeur de ces prix.

Dans le cas où elle jugerait qu'il n'y a pas lieu de décerner les prix indiqués ci-dessus, elle pourra encore exceptionnellement, et si l'occasion se présente, récompenser une grande découverte dans l'ordre médical.

Prix Monbinne. Partage autorisé. 1.500 francs. (Annuel). — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs destinée à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragements, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée. (Décision de l'Académie du 8 novembre 1898).

Prix Nativelle. Partage interdit. 300 fr. (Annuel).— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. Partage interdit. 1.000 fr. (Annuel). — Ce prix sera donné alternativement à l'interne en médecine et à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Si ce concours était supprimé ou modifié de façon qu'il n'y ait plus de premier prix, ce legs serait attribué à un prix de thérapeutique, dont les conditions seraient indiquées par l'Académie, suivant les intentions de M. Oulmont.

Prix du baron Portal. Partage interdit. 600 francs (Annuel). — Question à poser sur l'anatomie pathologique.

Prix Rebouleau. Partage interdit. 1.700 francs (Triennal). — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie et de l'asthme. Il y aura alternance entre les deux sujets mis au concours.

Prix Philippe Ricord. Partage interdit. 600 francs. (Biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Tarnier. Partage interdit. 3.000 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné alternativement chaque année au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique et à la gynécologie.

Prix Vernois. Partage autorisé. 700 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1908.

M. le président annonce à ses collègues la mort de M. Chauvel, ancien président de la Société, et propose de lever la séance en signe de deuil. Il est cependant procédé à l'élection du bureau pour l'an prochain : M. Reynier est élu président ; M. Routier, vice-président ; MM. Lejars et Hartmann, secrétaires.

Présentation de malades. — MM. *Demoulin* et *Bodoles* présentent une malade opérée d'urgence à l'hôpital St-Louis pour une plaie par balle du poumon droit. Ch. Le B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 23 décembre 1908, présidée par M. Livache.

M. *le Président* félicite, au nom de la Société, M. *Letulle* pour sa nomination à l'Académie de médecine.

M. *Chardon* dit que la Société s'est occupée, avec beaucoup d'ampleur, de l'assainissement des villes en ce qui concerne le traitement des eaux usées ; mais elle paraît s'être peu intéressée à la manière de les récolter et de les transporter aux endroits où elles doivent être traitées, quel que soit, d'ailleurs, le mode de traitement. Cette manière ne manque cependant pas d'avoir une certaine importance. Alors il passe en revue les projets qu'il a imaginés, et qui ont été approuvés par les Conseils compétents, pour l'assainissement de quatre villes : St-Malo, Privas, Dinard et Toulouse, qui, pour des raisons diverses, ont exigé l'application de procédés plus ou moins variés, dont il donne une description sommaire pour chacune de ces villes. Cette description ayant soulevé des observations de plusieurs membres, M. le Président, vu l'heure avancée et les questions à l'ordre du jour, fait remettre à une prochaine séance la discussion des projets de M. Chardon.

La Société procède ensuite à l'élection de son bureau pour 1909. Ont été élus : *Président*, M. Louis Martin ; *vice-présidents*, MM. Bertillon, Colmet d'Aace, Kern, Vincent ; *secrétaire général*, M. Mosny ; *secrétaires*, MM. Borne, Gambier, Garnier, Le Couppey de la Forest ; *trésorier*, M. Galante.

La séance finit par l'approbation des comptes du trésorier pour l'année 1908. A. Pujol.

XXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1908).

(*Suite*) (1)

Salpingites suppurées ouvertes dans la vessie et le rectum.

M. Chavannaz (de Bordeaux). — L'auteur a eu à intervenir dans 2 cas. Chez l'une des malades, le pyosalpynx était de nature sûrement tuberculeuse. Chez l'autre l'origine tuberculeuse reste seulement probable en raison des antécédents et du résultat de l'ophtalmo-réaction. L'intervention a été conduite par la voie haute et a consisté en la castration utéro-ovarienne avec suture du rectum. L'une des opérées a guéri complètement ; l'autre a succombé.

Fibromyome utérin et pyélonéphrite suppurée.

M. Fournier (d'Amiens). — J'ai observé chez une malade la coexistence d'une pyélonéphrite suppurée du volume d'une tête d'enfant et d'un fibro-myome utérin. La malade a guéri spontanément de sa pyélonéphrite après l'ablation du fibrome. Ces pyélonéphrites fibromateuses peuvent se comparer à celles de la grossesse.

M. Vidal (d'Arras). — Les fibromes utérins peuvent aussi s'accompagner d'albuminurie qui disparaît après l'ablation de la tumeur.

L'intervention pour grossesse extra-utérine.

M. Albertin (de Lyon). — J'ai, depuis 5 ans, dans mon service de gynécologie de la Charité, pratiqué 60 interventions pour grossesse extra-utérine. Dans une première série, traitée par la colpotomie, j'ai eu trois morts, malgré que dans deux de ces cas, j'aie fait la laparotomie itérative ; ces décès sont attribuables pour 2 cas à des hémorrhagies secondaires et un à l'infection. Dans 30 cas qui font l'objet de ma seconde série d'opérées depuis 3 ans, j'ai fait d'emblée la laparotomie et n'ai pas eu un seul décès. A la colpotomie on peut, en effet, reprocher la délivrance imparfaite, la possibilité d'hémorrhagie secondaire, l'infection tardive et la longueur des suites opératoires. La laporotomie permet d'emblée l'ablation de la trompe gravide, des caillots, des membranes du placenta et donne une guérison rapide.

(1) Voir le numéro 49 et les précédents.

Je considère que souvent l'état de shock considérable est dû aux réflexes péritonéaux autant qu'à l'importance de l'hémorrhagie intra-péritonéale ; aussi en présence de malades transportées, j'attends 1, 2 ou 3 jours pour opérer. L'opération se fait dans de bien meilleures conditions de résistance de la part des malades La récidive de l'hémorrhagie au repos est une indication formelle d'opération immédiate et d'urgence.

En résumé, la grossesse extra-utérine doit être opérée par la laparotomie avec ablation partielle ou totale des organes génitaux internes, suivant leur état ; c'est au chirurgien à juger de l'opportunité de la conservation.

La colpotomie doit rester une méthode d'exception. Je l'emploie encore dans les cas d'hématocèle infectée, quitte à compléter l'intervention par une laparotomie lorsque les grands signes d'infection seront atténués.

M. Pozzi s'élève contre la manière de voir de M. Albertin. Il faut, dans la grossesse extra-utérine, distinguer suivant que l'on se trouve avant ou après le 5e mois.

Avant le 5e mois il faut opérer dès que le diagnostic est posé et traiter la tumeur comme une tumeur maligne. Si la grossesse est rompue, il faut opérer immédiatement, sans attendre, car de nouvelles hémorragies peuvent se produire.

Après le 5e mois l'expectative est de mise, car on peut dans ces cas, d'ailleurs très rares, espérer sauver la mère et l'enfant.

Il ne faut enlever que le côté malade, car si la récidive de la grossesse tubaire est possible, les grossesses normales le sont aussi.

La colpotomie doit être rejetée, car on ne peut savoir si une hématocèle est ou non infectée, la température pouvant être due à la seule résorption du sang.

M. Delaunay (de Paris). — Je crois aussi que l'élévation de température n'est pas synonyme d'infection. La colpotomie est inutile puisqu'elle ne permet pas d'arrêter l'hémorragie. Elle peut même être nuisible, car les caillots forment une sorte de tampon naturel. Elle ne doit être employée que s'il y a du pus, comme opération d'attente. Dans tous les cas de laparotomie pour hématocèle, il est indispensable de drainer.

MM. Duret (de Lille) et Chavannaz (de Bordeaux) citent à l'appui de l'opération précoce et rapide des cas personnels de mort dus à des interventions retardées en cas d'hématocèle.

M. Reynès (de Marseille).—La colpotomie en cas de suppuration ou en cas de bombement vaginal peut donner de bons résultats contre l'hématocèle. Dans tous les autres cas il faut utiliser la voie haute et toujours intervenir au plus tôt.

Il existe des cas d'avortement tubaire qui se font par l'utérus, se traduisent par une hémorragie et peuvent guérir spontanément par le repos.

Absence congénitale du vagin.

M. Abadie (d'Oran). — Chez une malade présentant une absence congénitale totale du vagin, et chez laquelle le toucher rectal ne permettait pas de sentir d'utérus, j'ai fait une laparotomie de contrôle des voies génitales supérieures. Les trompes et les ovaires sont normaux. Chacune des deux trompes présente à sa partie interne un renflement en olive, ébauche d'une moitié utérine. Je tentais de refaire un vagin par la voie périnéale entre l'urèthre et le rectum. Le vagin néoformé fut tapissé de greffes de Thiersch portées en place à l'aide d'un spéculum grillagé recouvert de caoutchouc. Le résultat s'est maintenu bon, grâce à une dilatation ultérieure journalière qui devra certainement durer des années.

Etant donné ce résultat précaire on peut se demander si une telle opération est légitime.

M. Pozzi. — J'ai actuellement dans mon service 2 malades dépourvues de vagin ; l'une est déjà opérée ; l'autre pas. L'opération est légitimée par le mauvais état nerveux qu'entraîne une semblable malformation. J'ai essayé l'autoplastie par glissement et tapissé seulement la face postérieure de la fente créée. L'important est de faire une fourchette et de faire ultérieurement une dilatation constante ; j'ai fait faire dans ce but une pelote périnéale acuminée que la malade porte constamment.

M. Roux (de Lausanne) dans un cas analogue, a réussi à obtenir d'assez bons résultats en se servant pour l'autoplastie du revêtement des petites lèvres dédoublées.

M. Péraire (de Paris), en présence d'une absence complète congénitale du vagin, a tenté de fabriquer un conduit vaginal artificiel et de rétablir sa continuité avec l'utérus. La malade souffrait violemment au moment de ses règles qui consistaient uniquement en quelques gouttes de sang coulant entre les lèvres par une sorte de transsudation à travers un pertuis filiforme invisible.

Le toucher rectal ne permettait pas de se rendre compte de l'existence de l'utérus et de ses annexes. L'opération a consisté en une incision simple avec refoulement et autoplastie. On y joint contre la sténose possible la dilatation au moyen de bougies en bois et en métal. L'opération, qui date de près d'un an, a donné un bon résultat.

Pylorogastrectomie pour cancer.

M. Duret (de Lille) a eu l'occasion d'opérer deux cas de linite plastique. L'opinion des médecins sur cette affection est variable. On la considère en général comme cancéreuse : L'un des malades a succombé. L'autre, dont le pylore tout entier et la plus grande partie de l'estomac étaient envahis par la lésion, dut subir l'extirpation du pylore, d'une partie du duodénum et des 2/3 de l'estomac. La continuité de l'estomac fut rétablie par une anastomose termino-terminale. Le malade se rétablit parfaitement malgré qu'il ait présenté ultérieurement une fistule biliaire peu durable. Les cas qu'il a observés ont conduit l'auteur à penser que l'opération est justifiée en pareil cas, car dans la majorité des cas au moins, il s'agit bien de cancer.

L'exclusion du pylore.

M. Jonnesco (de Bucarest). — M. Brechot a tenté récemment de démontrer expérimentalement qu'à la suite de l'exclusion du pylore, le suc pancréatique n'est plus sécrété dans ses conditions normales. Les malades qui ont subi cette opération devaient donc mourir d'inanition. J'ai entrepris une série d'expériences pour vérifier ce fait. Elles m'ont montré que cette influence nocive n'existe certainement pas. D'ailleurs l'examen des matières fécales de mes malades m'a également démontré que les aliments sont digérés.

Que devient le pylore ainsi exclu ? Sécrète-t-il un liquide acide, ou ne sécrète-t-il plus ? Les expériences semblent prouver que le seul liquide qui puisse exister dans le pylore après l'exclusion soit de la bile qui n'est pas nuisible pour l'ulcère.

J'ai donc pratiqué à nouveau cette opération. Je sectionne l'estomac entre 2 pinces spéciales et je suture le côté pylorique à 2 plans et le côté stomacal à 3 plans. Je fais ensuite une gastro-entérostomie latéro-latérale postérieure.

Cette opération est aussi bénigne que la gastro-entérostomie et elle donne de bien meilleurs résultats, car elle met l'ulcère en repos. Certes, la pylorectomie est l'opération de choix, mais elle n'est pas toujours possible.

Les radiographies montrent qu'après l'exclusion du pylore la bouche néoformée fonctionne admirablement, ce qu'explique la suppression de l'orifice pylorique. L'exclusion du pylore semble donc devoir avantageusement remplacer la gastro-entérostomie pure et simple.

La jéjunostomie dans les fistules gastro-cutanées.

M. Patel (de Lyon). — Les fistules gastro-cutanées sont placées soit au voisinage du cardia, soit au voisinage du pylore. Les premières donnent des signes généraux nuls et l'écoulement des aliments est faible ou même nul. Dans les secondes, au contraire, le contenu de l'estomac est évacué complètement par la fistule. Chez un malade qui présentait des signes d'abcès sous-phrénique, et que j'opérai, la fistule gastro-cutanée s'établit en deux jours. Je dus intervenir et pratiquai une jéjunostomie qui donna de bons résultats, momentanés, d'ailleurs, car il s'agissait de cancer.

Les fistules hautes, cardiaques, guérissent parfaitement par une opération directe et la suture de la plaie stomacale. Mais dans les fistules basses il n'en est pas de même. Or il faut se hâter car la mort par inanition est imminente. La jéjunosto-

mie semble donc indiquée, car elle met l'estomac au repos et c'est à elle qu'il faut recourir d'emblée.

Fréquence de la tuberculose péritonéale.

M. Berthomier (de Moulins). — La tuberculose péritonéale est fréquente à tous les âges de la vie. Dans le premier âge elle s'accompagne presque toujours d'épanchement pleural, généralement à gauche. Ces malades guérissent très bien par la laparotomie dont la bénignité dans ces cas est très remarquable.

Dans l'âge moyen on constate encore des tuberculoses péritonéales fréquentes et surtout des restes d'anciennes péritonites. On trouve des adhérences autour du cœcum et de l'appendice qui se connaissent à ce fait qu'on peut provoquer de la douleur en faisant placer le malade sur le côté opposé ; on trouve des traces de pleurésie gauche ancienne, des signes d'entérocolite.

Chez les vieillards, dans 15 cas diagnostiqués comme cancers, il s'agissait en réalité de tuberculose ainsi qu'on le reconnut à la laparotomie. Celle-ci, purement exploratrice, permit la guérison des malades. Très souvent en ces cas les troubles sont dus à la présence de brides.

La constatation fréquente de ces restes de tuberculose péritonéale chez le vieillard semble démontrer la bénignité relative réelle de cette affection.

Résultats éloignés d'opérations pour tuberculoses de l'intestin grêle.

MM. Bérard et Patel (de Lyon) rapportent neuf observations de tuberculose de l'intestin grêle, traitées chirurgicalement. Huit malades sont guéris définitivement, le dernier est mort de granulie, deux ans et demi après. Sur ces neuf cas, quatre ont trait à des *tuberculoses ulcéreuses progressives* ; cinq à des formes *fibro-cicatricielles.*

Dans les formes *ulcéreuses progressives*, seules des opérations palliatives ont été utilisées. La laparatomie simple a suffi pour faire cesser des phénomènes spasmodiques de l'intestin, liés à la présence d'ulcérations tuberculeuses. La section simple de brides péritonéales a été pratiquée deux fois. L'entéro-anastomose a amené dans une forme intestinale une survie de deux ans et demi. L'exclusion unilatérale du gros intestin a été suivie d'une guérison définitive.

Dans les formes *fibro-cicatricielles*, les opérations palliatives ont été utilisées deux fois ; les lésions étaient trop adhérentes ou trop étendues pour être extirpées : le résultat a été parfait. La résection, faite deux fois, doit être exécutée, surtout lorsque la tuberculose occupe la région iléo-cœcale .

La colopexie associée au procédé de Herbert Allingham dans la technique de la colostomie iliaque.

M. le Pr Le Dentu. — L'anus artificiel iliaque, qui réaliserait les conditions suivantes, pourrait seul être considéré comme parfait :

1° Isolement complet des deux bouts du gros intestin empêchant le passage des matières dans le bout inférieur ;

2° Évacuation réglée des matières par le bout supérieur (continence) ;

3° Impossibilité du prolapsus, de l'éversion des deux bouts ;

4° Solidité de la cicatrice s'opposant à l'éventration.

La multiplicité des procédés imaginés depuis Littré jusqu'à ce jour est une preuve qu'aucun d'eux ne donne à coup sûr satisfaction aux desiderata précédents.

Pour obtenir l'*isolement des deux bouts*, on a proposé les procédés à éperon (Verneuil), l'extériorisation de l'anse sur une tige rigide (Maydl-Reclus), la section totale de l'anse et la fixation indépendante des deux bouts (Desguin), l'interposition d'un lambeau de la paroi abdominale entre les deux bouts à travers le mésocôlon (Audry) enfin l'enfouissement du bout inférieur (Schizinger, Ballance, Madelung, Bowreman, Jesset, Payr, Pierre Duval, etc.)

Je repousse tous les procédés d'enfouissement, parce qu'il est dangereux d'abandonner dans le ventre une extrémité intestinale dans laquelle s'accumulent des matières septiques et qu'il faut conserver une voie pour pratiquer des irrigations dans le bout inférieur.

Pour éviter les *éventrations*, on a recommandé de pratiquer une incision petite, mais laissant encore passer assez librement les deux bouts intestinaux de 0m. 06 à peine (Allingham, Hartmann).

La continence de l'anus artificiel serait assurée par la torsion de l'intestin à 180° (Gersuny), par la dissociation des muscles de la paroi abdominale substituée à leur section (Hartmann), par la création d'une boutonnière verticale à travers le grand droit (Witzel). D'autres procédés plus ou moins bizarres ou compliqués visent au même but. Tels sont la création d'un trajet oblique sous les téguments de la cuisse (Braun), à travers l'os iliaque et le grand fessier (Gleich), dans l'épaisseur du grand droit (Hofmeister), l'extériorisation d'un long bout de côlon iliaque dépouillé de mésocôlon et obturé par un bouchon (Lauenstein).

Les boutonnières musculaires transformées ultérieurement en boutonnières fibreuses peuvent, dans une certaine mesure, s'opposer à la sortie incessante des matières, mais la fermeté de celles-ci dans le côlon iliaque représente la meilleure condition pour la régularisation des évacuations.

L'éversion, le prolapsus, est une complication assez fréquente et qui semble se présenter plus souvent depuis l'emploi des procédés Maydl-Reclus qui exigent une longue incision et ne comportent pas une solide fixation des bouts intestinaux. Peu de chirurgiens ont pris souci de l'éviter (Herbert Allingham, Witzel, Gangolphe).

Herbert Allingham basa sa première technique *sur les plus ou moins grandes dimensions du mésocôlon iliaque*, depuis son insertion postérieure jusqu'au bord intestinal. Elles pourraient atteindre 4 pouces, soit plus de 0 m. 10. Jonnesco affirme qu'elles peuvent être de 0 m. 35 à 0 m. 40. D'après Pierre Duval, elles se tiendraient entre 0 m. 14 et 0 m.58.

Ces variations de longueur s'expliquent par le développement et l'évolution normale du côlon iliaque. Organe flottant doué d'un long méso, chez le fœtus et l'enfant, il se rapproche de plus en plus de la fosse iliaque et se fixe tandis que le méso se raccourcit. Cette tendance à la fixation se poursuit pendant une longue période de la vie et jusqu'à 50 ans (Pierre Duval), et comme cette évolution ne marche pas avec une égale vitesse chez tous les sujets, on la rencontre à des degrés divers, au cours des colostomies, et il importe d'en tenir très grand compte.

D'autre part l'anatomie pathologique a montré que les deux bouts de l'intestin sont susceptibles d'éversion, de renversement, et que le fond de l'anus artificiel représenté par une portion d'intestin, dans les procédés sans section totale de ce dernier (Verneuil, Maydl-Reclus), contribue au prolapsus, et entraîne, avec lui, le mésocôlon laissé intact (Géraud).

Ces deux raisons, la première surtout, ont déterminé Herbert Allingham à tirer au dehors les deux bouts de l'anse sigmoïde *jusqu'à ce qu'on sente de la résistance.* Le mésocôlon suit le milieu de l'anse extériorisée autant que possible. Celle-ci, fixée à la plaie avec le mésocôlon, sera supprimée dans un delai de 12 à 60 heures. Etreints par des clamps à dents *placés à un pouce au-dessus de la plaie*, les bouts sont alors sectionnés en avant des clamps. Ceux-ci sont laissés en place 24 heures.

Gangolphe s'inspire en 1900 des mêmes idées, mais en pousse moins loin l'application. Il tire un peu sur l'anse, mais il ne va jusqu'à la résistance absolue aux tractions sur les bouts.

Il extériorise cependant plus ou moins le côlon suivant la longueur du mésocôlon.

En 1906, j'agis plus largement encore. Non seulement j'attire le plus possible au dehors de l'anse sigmoïde et le mésocôlon, mais j'ajoute à l'opération une rapide *colopexie*, de manière à s'opposer encore plus sûrement à l'éversion du bout supérieur.

Allinghan avait réséqué jusqu'à 0 m. 30 d'intestin, Gangolphe en a supprimé 0 m. 05 à 0 m. 06, quelquefois un peu plus. La résection a été beaucoup plus étendue dans mon cas, car l'anse avait 0 m. 40 environ.

Voici comment on peut régler le *manuel* opératoire de l'opération combinée que je préconise *pour les cas où l'on re-*

connaît que le mésocôlon est très développé et que le côlon est flottant.

1° Incision courte des téguments (0 m.06 en moyenne). Section ou dissociation des muscles.

2° Après incision du péritoine, recherche et extériorisation de l'anse sigmoïde. Tractions sur le bout inférieur, puis sur le méso et le bout supérieur jusqu'à ce qu'on sente de la résistance.

3° Si le mésocôlon a de grandes dimensions, et si le côlon est flottant, pratiquer une rapide colopexie, *avant de fixer les bouts et le mésocôlon*, tandis qu'un aide maintient la traction sur toute l'anse. L'introduction de l'index de la main gauche dans l'angle supéro-externe de la plaie facilite beaucoup les manœuvres.

4° On peut étreindre fortement les bouts, à 0 m. 02 ou 0 m. 03 *en avant* de la plaie, avec des ligatures ou des clamps, ou les laisser libres. Dans ce dernier cas, des clamps seront appliqués au moment de la résection, ou bien on s'en passera et on combattra autrement l'hémorragie, si elle en vaut la peine.

Il est à remarquer que la constriction de l'intestin ne donne pas lieu à des symptômes d'étranglement (Kœberlé, Allingham, Gangolphe, Le Dentu). S'il s'en produisait, on les arrêterait par des injections de morphine.

5° Ce procédé est applicable même aux colostomies temporaires. La Kentrotomie (entérotomie de Dupuytren), suffirait en une ou deux séances, pour le rétablissement du cours des matières et la fermeture des orifices. Cette façon de faire a remarquablement réussi à Kœberlé dans un cas où il avait réséqué *deux mètres* d'intestin grêle et établi un anus artificiel temporaire. Cette belle opération, qui date de 1881, offre à beaucoup de points de vue un très grand intérêt.

Contusions de l'abdomen.

M. Dujon (de Moulins) rapporte l'observation d'un blessé opéré à la 6e heure pour section de l'intestin par coup de pied de cheval. Cet homme, âgé de 35 ans, était, au moment du traumatisme appuyé contre une voiture. Deux heures 1/2 après, le pouls était plein, battait à 80 ; il n'y avait pas de vomissements, mais douleur très vive et dureté de la paroi abdominale. L'opération est faite 5 heures après. Le ventre contient environ 1 litre de liquide sérosanguinolent et les anses sont déjà partiellement recouvertes de fausses membranes. Il n'y avait pas de matières fécales et les 2 bouts de l'anse grêle sectionnée complètement étaient fortement contractés. L'anse malade fut réséquée et la continuité de l'intestin rétablie par le bouton de Murphy. Le 16e jour, le blessé présenta des phénomènes d'occlusion. Finalement le malade guérit. Il semble que dans ce cas la contracture momentanée de l'intestin rompu, ait empêché l'infection trop grande du péritoine qui n'a pu se produire grâce à l'intervention précoce.

M. Zawadzki (de Varsovie) cite un cas analogue consécutif à un choc par timon de voiture. Une anse était perforée, une autre complètement séparée de son mésentère. Le malade se rétablit parfaitement.

La perforation intestinale des tonneliers.

M. Gautier (de Luxeuil).—On peut voir survenir chez les tonneliers des perforations intestinales en dehors de toute contusion abdominale violente. Ils sont mis à mal par de petits tonneaux portés à bout de bras et appuyés sur les cuisses. Le fardeau ne touche le ventre que de temps en temps et accidentellement. Le plus souvent les malades n'ont même pas remarqué que le tonneau ait porté sur le ventre.

Ils ressentent une douleur très brusque qu'ils attribuent à un effort. A l'examen le ventre est de bois.

Il semble que le mécanisme de ces perforations curieuses soit le suivant : le contenu abdominal est chassé en avant du pubis par la contraction musculaire et vient s'écraser de dedans en dehors à l'inverse du mécanisme habituel.

Intervention précoce dans l'appendicite aigüe.

M. Cazin (de Paris).— Tous les chirurgiens sont actuellement d'accord sur ce fait qu'il faut opérer les appendicites, dont il n'existe pas, comme on l'a souvent dit de traitement médical. Cependant l'accord est loin d'être fait sur le moment de l'opération. Personnellement je crois qu'il faudrait le plus souvent possible opérer tout de suite dans les 24 ou 48 premières heures. On ne peut, en effet, si l'on temporise, être certain que la gravité de l'état des malades ne forcera pas le chirurgien à intervenir avant que l'appendicite ne soit refroidie.

Sur 38 opérations à chaud que j'ai personnellement faites après plusieurs jours, j'ai eu 8 cas de mort. Tandis que dans 10 cas opérés dans les premiers jours, tous mes malades ont guéri. Or si l'opération très précoce donne de si bons résultats pourquoi attendre un mois ou six semaines que l'appendicite soit refroidie. Bien entendu je ne parle que des cas où le diagnostic est certain. L'examen du sang d'ailleurs peut, dans le cas douteux, servir utilement à trancher la question.

Le malade en acceptant l'opération immédiate échappera tout d'abord aux risques que font courir les formes graves et recueillera ensuite tous les bénéfices de l'opération à froid au point de vue de la rapidité de la guérison et de la solidité de la cicatrice.

Si la tendance à opérer tout de suite, comme le recommandent d'ailleurs les chirurgiens américains se généralisait on obtiendrait de très bons résultats. Après 48 heures, en dehors des cas de péritonite généralisée, il vaut mieux s'abstenir et attendre.

MM. Tavel (de Berne) et Kraft (de Lausanne) s'élèvent contre cette opinion. D'après leur expérience personnelle, le traitement médical d'attente, lorsqu'il est bien conduit, ne provoque jamais d'accidents.

M. Roux (de Lausanne). La seule fois où j'ai opéré tout de suite, à l'américaine, je m'en suis repenti, car j'ai été ultérieurement convaincu qu'il ne s'agissait pas d'appendicite et que j'avais opéré à tort. Je crois que, sauf dans les cas où un malade a eu des crises antérieures très nettes, le diagnostic est très difficile au début. Aussi ne serai je partisan de l'opération précoce que si on venait à considérer que nous avons le droit d'enlever un appendice aussi facilement que l'on fait une circoncision.

Je crois que ce qu'il faudrait, c'est dresser le public à ne se point droguer, où se mettre à la diète et à se coucher dès qu'il y a dans le ventre quelque chose qui ne va pas. Dans ces conditions, je crois que les temporisateurs auraient beaucoup moins de morts que les opérateurs à chaud. Il ne faudrait d'ailleurs se baser que sur des statistiques considérables, car seules elles nous permettraient de porter un jugement en dehors de toute considération personnelle

Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie.

M. Reymond (de Paris). — Au cours des trois dernières années nous avons eu l'occasion d'opérer 47 appendicites par incision sur la ligne médiane.

Nous n'avons eu à regretter ni décès, ni éventration consécutive.

Dans 19 cas l'intervention était commandée par l'appendicite elle-même.

Dans 27 cas la laporotomie se trouvait indiquée en même temps par une autre lésion, fibrome, salpingite, etc.

Ces observations ne représentent qu'une partie de nos appendicectomies par voie médiane, étant donné qu'au cours de chaque laparotomie nous enlevons systématiquement l'appendice. Les 47 observations précédentes correspondent seulement aux appendicites manifestes présentant un des trois caractères macroscopiques : perforation de l'appendice, foyer purulent ou adhérences avec les organes voisins.

Les raisons nous faisant considérer l'incision sur la ligne médiane comme le procédé de choix dans un grand nombre d'appendicites sont les suivantes :

1° Si l'appendicite presente une disposition classique, l'intervention est aussi facile par la voie médiane que par la voie latérale ; si la disposition est anormale la voie médiane a plus de chance de faciliter l'accès des lésions.

Les foyers secondaires sont d'un accès incomparablement plus aisé.

2° La ligne médiane facilite mieux que toute autre l'abord

des lésions qui peuvent coïncider avec l'appendicite. Chez la femme elle permet l'exploration des organes génitaux, l'intervention au cas de lésions soupçonnées ou demeurées latentes.

Au cas possible où la lésion attribuée à l'appendice dépend des annexes, l'incision médiane enlève toute gravité à l'erreur de diagnostic.

3° Dans la majorité des cas, la cavité péritonéale est en plus grande sécurité. En principe il est plus chirurgical pour enlever un foyer infectieux intrapéritonéal d'ouvrir d'abord le péritoine et de le protéger avant d'attaquer le foyer lui-même.

Exception est faite pour les cas où l'abcès est nettement constitué et où l'intervention doit se borner à ouvrir cet abcès.

4° En ce qui concerne les chances d'éventration, nous constatons n'avoir pas eu à en regretter un seul cas.

Si le drainage doit être pratiqué, on peut choisir plus facilement la place du drain au niveau de la plaie ou d'une contre-ouverture.

Retrécissement congénital de l'uréthre.

MM. Jeanbrau (de Montpellier) et Toubert. — Chez un jeune soldat atteint de rétention d'urine, l'uréthroscope nous a permis de constater la présence dans l'urèthre membraneux d'un diaphagme muni d'un petit orifice en croissant. Il s'agissait d'un rétrécissement congénital.

On pratiqua aussitôt une uréthrotomie à 4 sections, bien préférable, à notre avis, dans un cas semblable, à l'urethrotomie à section unique.

Séance du 7 octobre 1908.

Deuxième question : *Traitement chirurgical des cavités osseuses d'origine pathologique.*

I. — Rapport de M. A. Broca (de Paris).

Le rapporteur étudie tout d'abord les *processus pathologiques de la réparation osseuse.* Les expériences diverses faites sur la manière dont se réparent les solutions de continuité osseuses ont mis en évidence le pouvoir ossifiant des bourgeons partis soit de la moelle sous-périostée, soit de celle du canal central.

L'antisepsie et l'asepsie ont permis de constater l'organisation possible des caillots sanguins aseptiques, qui permet de combler expérimentalement de petites cavités osseuses au-devant desquelles on a pratiqué la réunion immédiate du périoste et des parties molles. Ces bourgeons tendent en outre par rétraction à faire diminuer le volume des cavités. Mais si la cavité a quelque étendue, les parois, rigides, ne peuvent s'affaisser et la réparation devient d'autant plus grande que la cavité elle-même s'agrandit davantage.

Enfin, plus le sujet est jeune, plus il est apte à l'ossification.

Quels sont les *procédés applicables aux cas pathologiques ?*

C'est la rigidité des parois qui empêche la réparation. De là 3 méthodes : 1° *la suppression d'une des parois et la cicatrice directe de la surface osseuse conservée* ; 2° *la mobilisation d'une des parois* ; 3° *le remplissage de la cavité par un corps étranger vivant ou inerte.*

I. — Pour permettre la désinfection d'un os après l'avoir évidé, on peut abattre largement la paroi par laquelle on l'a abordé ; d'où une brèche qui permet le tamponnement méthodique. Il en résulte une perte de substance dans laquelle s'enfonce une masse fibreuse que bien rarement l'ossification envahira jusqu'au centre.

C'est ce qu'on fait en général après évidement de la mastoïde.

La guérison a lieu dans ces conditions par *épidermisation des surfaces bourgeonnantes*, des bords vers la profondeur.

Mais ce processus est très lent. Aussi a-t-on tenté de l'activer, soit à l'aide de greffes dermo-épidermiques, soit par l'autoplastie cutanée à lambeaux empruntés aux régions voisines.

II. — Les *procédés ostéoplastiques* sont plus intéressants. Ils ont pour caractéristique l'application, contre la surface osseuse cruentée, d'un lambeau soit d'emblée osseux (ostéoplastie directe), soit susceptible d'ossification par sa face profonde (ostéoplastie indirecte).

L'*osteoplastie indirecte* est la plus couramment employée. On détache le périoste et après avoir abattu les bords de la gouttière d'évidement on laisse retomber sur chaque bord un lambeau périostique qu'un tamponnement où même des points de suture (Bayer) maintiennent en place.

Dans l'*ostéoplastie directe* on cherche à rabattre sur tout ou partie de la cavité évidée un ou plusieurs lambeaux contenant de l'os déjà formé et emprunté soit à l'os malade lui-même (procédés d'Ollier, de Jaboulay, de Af. Schulten) soit à un os voisin (Hahn, Poirier, Mikulicz, Curtillet, etc).

III. — Ces procédés, les meilleurs, ne sont pas toujours possibles. On a donc songé à combler cette cavité. Des substances diverses ont été employées à cet effet :

1° Des *greffes osseuses* qui seront autoplastiques, homoplastiques ou hétéroplastiques. L'asepsie est à peu près indispensable, l'hémostase doit être complète. Dans certains cas tous ces procédés ont pu donner des succès. Mais le plus souvent il se produit une résorption secondaire même quand la fixation immédiate a réussi. La greffe peut cependant être utile, mais comme il s'agit en réalité d'un procédé de substitution, on a cherché des substances plus maniables, plus faciles à se procurer et à maintenir aseptiques.

2° Des *substances solides ou solidifiables, résorbables à la longue*, destinées à favoriser le travail nature d'oblitération, à lui fournir un soutien temporaire. On s'est servi à cet effet d'éponges et corps divers non osseux (Hamilton, Duplay et Cazin) ; d'os mort ou d'os décalcifié (Routier, Marshall, Senn).

Ces divers procédés de bourrage ont donné peu de résultats probants. On s'est également adressé à des substances coulées ou mastiquées se moulant exactement sur la cavité : plâtre, ciment, salol iodoformé (Reynier et Isch-Wall), etc., et surtout plombage iodoformé de Mosetig Moorhof.

3° *Des substances inertes non résorbables* : le verre, le fer, les alliages métalliques employés en chirurgie dentaire, ces substances n'ayant donné d'ailleurs que de mauvais résultats.

Une remarque générale s'impose : tout réussit pour les petites cavités, tout est aléatoire pour les grandes. Or, pour les petites cavités aseptiques, la réunion, sans drainage et sans corps étranger est ce qu'il y a de mieux. Quant aux cavités septiques, dont le drainage est nécessaire, la mobilisation simple de la paroi d'accès, que les lambeaux ensuite rabattus soient purement périostiques ou à doublure osseuse, est le procédé de choix, les indications des divers procédés de substitution étant réelles mais exceptionnelles.

II. — Rapport de M. Nové-Josserand (de Lyon), co-rapporteur.

Le rapport a pour objet d'étudier le traitement des cavités osseuses suivant les causes qui les ont produites.

I. — Cavités ostéomyélitiques. — Les cavités ostéomyélitiques sont presque toujours le résultat d'un acte opératoire. Elles sont donc généralement assez grandes, bien que ce ne soit pas toujours le cas. La paroi de ces cavités peut être ou saine, ou malade.

Dans le premier cas, la cavité résume toute la lésion ; dans les lésions diffuses elle n'est qu'un élément accessoire développé sur une partie d'une altération étendue de l'os, souvent augmenté de volume et devenant par là même un obstacle à la cicatrisation de la plaie.

A l'état pathologique comme à l'état normal, les cavités osseuses tendent à se réparer d'elles même ; mais l'état du malade, son âge, et parmi les causes locales l'étendue de la perte de substance surtout, le siège de la lésion, etc., ont une action sur les conditions de la réparation. En outre, les cavités ostéomyélitiques sont toujours infectées et sont de plus vouées à l'infection secondaire.

Il en résulte que la première indication du traitement de ces cavités est de *désinfecter l'os.*

Cette désinfection ne peut se concevoir au cours de l'ostéomyélite aiguë, mais seulement dans les formes prolongées et chroniques d'emblée.

La séquestrotomie large et complète la réalise déjà dans une large mesure. On a cherché à la perfectionner en enlevant tous les tissus douteux, et on complète ce nettoyage mécanique par des antiseptiques ou par le chauffage.

L exérèse large du foyer et de ses parois, comme le conseille Mosetig Moorhof est excellente, mais elle n'est possible sans danger que dans les lésions petites, bien limitées et faciles à atteindre. Dans les autres cas il vaut mieux s'en tenir à l'évidement aussi complet que possible complété par le chauffage.

Mais même avec ces précautions, la guérison est extrêmement lente d'où les nombreux essais thérapeutiques qui ont été tentés pour obtenir une guérison plus rapide, plus sûre, avec une cicatrice de meilleure qualité.

Les MÉTHODES OSTÉOPLASTIQUES comprennent 3 groupes :

1° Celles qui cherchent la suppression totale de la cavité soit par la *résection totale* qui n'est applicable qu'à des cas très spéciaux, sur un os court, ou un os long d'utilité secondaire comme le péroné ; soit par la *résection partielle*, l'*aplanissement*, opération excellente, mais admissible seulement dans les cas où on pourra garder une portion d'os suffisante pour être solide ; soit enfin par la *mobilisation des parois* (Jaboulay), opération qui a donné des résultats satisfaisants mais qui est difficile ;

2° Celles qui ont pour but de ménager un couvercle osseux destiné à recouvrir la cavité, mais la taille des lambeaux ostéo-périostéo-cutanés n'est possible que dans certaines régions (tibia), et des cas assez limités ;

3° Celles qui veulent combler la cavité avec de l'os ou avec des éléments ossifiables. L'*ostéoplastie indirecte* a été très peu employée. L'*ostéoplastie directe* a été également peu utilisée parce que les expériences et les applications fortes sur l'homme ont montré que l'os transplanté ne vit pas.

Les MÉTHODES DE REMPLISSAGE de la cavité à l'aide de substances étrangères à l'os sont au nombre de deux principales :

1° *L'oblitération définitive* ou *prolongée*, inspirée de l'art dentaire; les essais qui en ont été faits ont été malheureux ;

2° *L'oblitération temporaire* ou *méthode de substitution*. Les substances les plus variées ont été employées : tissus organiques vivants (Schede) et non vivants (Senn) ; substances inorganiques surtout. Trois préparations méritent de retenir l'attention.

Le salol iodoformé de Reynier et Isch-Wall ; celle de Fantino et Valan (thymol 1 partie, iodoforme 2 p., os calciné 3 p.), celle de Mosetig Moorhof (iodoforme 60, blanc de baleine 40, huile de sésame, 40).

Ces préparations sont bien tolérées. La dernière a été surtout utilisée. Cette méthode ne procure la réunion immédiate que dans des cas exceptionnels et dans des foyers bien circonscrits. Mais elle présente des avantages, évite les cicatrices déprimées, diminue les souffrances des malades, leur séjour au lit, rend la suppuration peu abondante.

L'AUTOPLASTIE CUTANÉE a pour but d'obtenir la fermeture plus rapide de la plaie et une cicatrice de meilleure qualité sans agir directement sur la cavité sous-jacente dont elle protège cependant le processus normal de réparation.

On peut employer soit l'*autoplastie par glissement* par mobilisation plus ou moins étendue des bords cutanés de la lésion ; mais le sphacèle des lambeaux est à craindre.

Soit les *greffes épidermiques* d'Ollier-Thiersch. Mais celles-ci ne donnent qu'une cicatrice mince et friable et ne sont donc qu'un pis-aller dont l'emploi restera sans doute exceptionnel.

Soit enfin l'*autoplastie par lambeaux pédiculés*, rendue difficile par l'asepsie incomplète de la cavité, la grande étendue du lambeau, la difficulté qu'on éprouve à maintenir celui-ci au contact de l'os.

(*A suivre.*) Ch. LE BRAZ.

ANALYSES

Des applications des eaux de Vichy dans les maladies utérines et dans la grossesse pathologique ; par M. le Dr THERRE. (Maloine, éditeur 1908.)

On reproche d'ordinaire aux ouvrages des médecins exerçant dans les stations thermales de manquer d'originalité, de s'étendre sur des banalités, de répéter ce qui est connu et admis, en ajoutant seulement à leur récit quelques rares considérations sans grande importance scientifique ou pratique. Cette imputation, qui n'est pas sans fondement, ne saurait être adressée au travail du docteur Therre .

Cet ouvrage fort documenté, rempli d'aperçus nouveaux et d'observations personnelles inédites, est digne du plus haut intérêt. Il se divise en deux parties à peu près égales. Le livre premier, consacré aux maladies utérines, compte cinq chapitres, dans lesquels sont passées successivement en revue toutes les affections chroniques de l'appareil utéro-ovarien.

Dès les premières pages de son étude, l'auteur prend nettement position. Il énumère successivement les cas où les eaux de Vichy sont salutaires et ceux dans lesquels leur action est illusoire. Contre les états anciens qui intéressent l'utérus dans sa muqueuse ou dans son parenchyme, contre les lésions annexielles ou secondaires, leurs propriétés sont incertaines, discutables. Il en est de même dans les kystes ovariens et les fibromes utérins, bien que certains médecins recommandables aient signalé plusieurs succès empruntés à leur clientèle particulière. Mais où l'action des eaux de Vichy ne saurait être contestée, c'est, assure M. Therre, dans les reliquats inflammatoires du péritoine pelvien et du tissu conjonctif du bassin ; paramétrites et périmétrites, foyers mal éteints qu'entretient sourdement un travail subinflammatoire, toujours prêt à se transformer en rechute ou en récidive. Toutefois la cure doit être conseillée en temps opportun ; si elle est trop hâtive, il est à craindre qu'elle ne provoque un rappel de l'état aigu avec toutes ses conséquences.

Si, contre cette lave à peine éteinte, les eaux de Vichy sont avantageuses pour la faire résorber, toutes les sources ne jouissent pas de propriétés équivalentes. La Grande-Grille étant trop excitante, c'est à l'Hôpital que l'auteur conseille de recourir, lui attribuant ainsi une sorte de spécificité dans les maladies de matrice. Le traitement interne arrive rarement à triompher de ces produits inflammatoires, si on ne lui adjoint pas un traitement externe sagement coordonné.

Lorsque les malades sont trop nerveuses, M. Therre conseille le bain minéral avec application à demeure du spéculum grillagé et métallique. Dans toutes les autres circonstances, il emploie le bain de piscine individuel et à eau courante, parce qu'il éteint plus rapidement les fumerons encore chauds des manifestations phlegmasiques antérieures, à cause de sa durée plus longue.

Avec l'aménorrhée et la dysménorrhée la formule thérapeutique change. Ces deux états,—le premier surtout — coïncidant assez habituellement avec la chlorose, ce n'est plus l'eau de l'Hôpital que l'auteur préconise, mais Lardy ou bien Mesdames, en raison de l'analogie qui existe entre les déterminations pondérales du fer contenu dans leur composition et celles que la physiologie assigne à la constitution des globules du sang, et aussi, à cause des proportions plus élevées d'arséniate de soude qu'elles renferment. Dans le traitement externe il apporte des modifications tout aussi absolues. D'une façon générale, il remplace le bain par la douche froide, en pluie ou en jet. Chez les malades qui réagissent difficilement, il recourt à la douche écossaise sans transition. Dans les deux cas, avance M. Therre, le but à atteindre est de solliciter une forte poussée congestive vers la moitié inférieure du corps, y compris les ovaires et l'utérus.

La partie la plus suggestive du livre 1er est assurément le chapitre V, à cause de la nature du sujet qui y est traité : la stérilité.

Depuis les temps les plus reculés, cette question, d'ordre social autant que médical, a fixé l'attention des observateurs, des érudits et des philosophes. Pline prétendait que les eaux nitreuses (carbonatées sodiques) rendaient les femmes fécondes. En 1686, le premier intendant des eaux de Vichy, Fouet, avançait que deux obstacles principaux s'opposaient à la fécondité de la femme : le catarrhe chronique de l'utérus et l'état dyscrasique du sang, combattus l'un et l'autre avec succès par l'usage des eaux nitreuses. Ses successeurs ne firent que confirmer cette manière de voir, de sorte qu'au commencement de la seconde moitié du XVIIIe siècle, les eaux de Vichy jouissaient encore de la précieuse vertu de faciliter la conception chez la femme.

Jaloux, sans doute, des facultés prolifiques qu'on s'accordait à reconnaître à Vichy, Desbrest citait, en 1778, quatre cas de stérilité guéris par l'usage des eaux minérales de Chateldon, dont il était l'intendant. Dans son enthousiasme pour cette découverte sensationnelle, il alla jusqu'à proclamer que ces eaux possédaient à un degré éminent la propriété de faciliter la conception et que les femmes craignant de devenir mères refusaient de la boire. En février 1779, Cousinet inséra dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, un article très passionné dans lequel il mettait en doute les cas de guérison de stérilité signalés par Desbrest et il terminait sa critique par cette conclusion humoristique : « Il n'est pas rare que la stérilité du mariage dépende du mari ; combien de femmes n'ont eu besoin que d'en changer pour devenir fécondes ! » Cette plaisanterie, qui n'avait rien de scientifique, porta un coup funeste aux propriétés soi-disant fécondantes des eaux de Châteldon et par contre-coup à celles de Vichy, si bien que, pendant plus d'un siècle, cette question brûlante est restée sous le boisseau.

M. Therre la reprend aujourd'hui. Mais il a soin de borner son sujet à certains états qui sont habituellement une cause d'infécondité ; tels sont l'aménorrhhée chez les chlorotiques, l'obésité des arthritiques quand elle ne dépasse pas une certaine moyenne, la dysménorrhée et surtout le catarrhe utéro-vaginal, si commun à toutes les époques de la vie conjugale.

Les eaux de Vichy agissent de deux façons dans cette dernière affection, sur l'état local et sur l'état général tout à la fois. En injections vaginales et en bains, elles modifient la nature et la qualité de la sécrétion utérine en la fluidifiant et en neutralisant son acidité. Si puissant qu'il puisse être, ce moyen thérapeutique local n'est pas toujours suffisant pour rendre féconde une femme qui ne l'est pas, surtout si elle est arthritique, ce qui est le cas le plus fréquent. Il est de toute nécessité alors d'instituer simultanément un traitement général, susceptible de remédier à l'état diathésique. On s'explique ainsi comment les eaux de Vichy peuvent faciliter la fécondation sans avoir besoin d'avoir recours à des conceptions imaginaires, à des propriétés mystérieuses et à des suppositions que la morale condamne.

La grossesse pathologique, qui fait le sujet du livre II, n'est pas moins intéressante que les affections utérines qui constituent le livre 1er. Là encore les applications des eaux de Vichy ont leur raison d'être.

Il n'y a pas très longtemps que la femme enceinte atteinte de coliques hépatiques était considérée comme un *noli me tangere* hydrologique. Son médecin lui recommandait la patience et la résignation au besoin, laissant entrevoir que si elle allait à Vichy, elle s'exposait à une fausse couche. Cette pratique de l'abstention systématique était souvent partagée par les hydrologistes eux-mêmes, à en juger par la parcimonie avec laquelle ils administraient les Eaux.

Depuis quelques années, cet ostracisme a diminué. Pour certains médecins, la grossesse commençante devait être respectée jusqu'au 3e ou 4e mois, et pour d'autres, elle ne constituait pas une contre-indication absolue au traitement thermal jusqu'au 6e.

M. Therre s'élève avec raison contre toutes ces réserves qui privent la gestante d'un traitement de choix contre des états morbides pas toujours dépourvus de gravité et le plus souvent fort douloureux.

Il admet que la grossesse, associée à des états morbides divers, concomitants ou préexistants, ne contre-indique nullement les eaux de Vichy ; elles donnent seulement lieu à des réserves dans leur emploi. Et loin de craindre l'effet abortif des eaux de Vichy, il n'hésite pas à déclarer qu'une femme grosse, dont les organes sont sains et le bassin normal, n'est pas plus exposée à un avortement au 3e et 4e mois qu'à toute autre époque de la gestation. Selon lui, « l'indication de la cure ne doit pas être recherchée dans la chronologie de la grossesse, mais dans les antécédents et dans l'état utéro-annexiel de la gestante ».

Si les eaux de Vichy sont abortives, leur action se fera sentir aussi bien dans les premiers mois de la grossesse que dans les derniers ; si elles ne le sont pas, pour quelle raison priver la femme enceinte d'une médication qui doit la soulager et peut être même la guérir ? Toutefois, elle ne doit pas suivre un traitement de fantaisie, elle ne doit y faire qu'une cure offrant un caractère d'utilité ou d'urgence.

Parmi les femmes qui se rendent à Vichy étant enceintes, il y a très peu de cas d'ictère gravidique, de goutte, de diabète et de lithiase rénale. Ce sont les coliques hépatiques et les désordres gastro-intestinaux qui forment le gros contingent de la clientèle.

Dans ces cas quelle devra être la règle thermale ?

La première indication dont il convient de se préoccuper, dit M. Therre, est le choix de la source. C'est à celle de l'Hôpital qu'on aura recours ; mais cette eau n'étant pas toujours tolérée, on lui substituera de préférence celle de Chomel. Parfois, il sera indiqué d'associer à l'une de ces sources celle de Mesdames, ou bien celle de Lardy.

Quant aux doses, elles varieront suivant la susceptibilité du sujet, la nature et le degré de la lésion. On ne devra pas dépasser généralement trois ou quatre cents grammes d'eau, en moyenne, par jour.

La seconde indication à remplir est relative à la médication externe. L'auteur estime que le bain, au quart et même à moitié minéralisé, d'une durée de 15 à 20 minutes, d'une température variant de 28 à 33°, et répété tous les deux ou trois jours, n'exercera pas d'influence défavorable sur la marche de la grossesse, surtout si elle a dépassé le 7e mois.

Dans ces deux types morbides, ainsi que dans la plupart des autres du reste, le traitement thermal ne peut être que palliatif. Il atténuera les souffrances, en éloignera le retour, mais ne guérira pas radicalement l'affection qui les provoque. Pour arriver à ce but, il faudra attendre la fin de l'état puerpéral. A ce moment-là, commencera le traitement curatif et prophylactique. Ici alors, dit M. Therre, tous les éléments de la cure thermale peuvent être mis en jeu, au gré des indications ; l'eau en boisson à des doses proportionnelles au degré de la lésion, le bain avec la minéralisation, la température et la durée voulues, la douche avec l'application de celle de ses variétés qui répondra le mieux aux conditions morbides. Toutes les méthodes d'adjuvance pourront être utilisées, depuis les irrigations intestinales jusqu'au massage et à l'électricité, C'est au traitement prophylactique, qui est plus spécialement dirigé contre l'état diathésique, arthritisme et neuro-arthritisme, que l'auteur attache le plus d'importance.

Ecrit avec élégance, cet ouvrage se lit avec plaisir. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est qu'il renferme trop de faits généraux. A vrai dire, quand il s'agit du foie et de l'utérus, il est difficile de passer sous silence et même d'abréger les différentes théories qui ont été émises pour expliquer la nature infectieuse, nerveuse ou inflammatoire des maladies qui les atteignent.

Dr J. CORNILLON.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène générale d'une crèche ; par le Dr CHAILLOU, ancien interne des hôpitaux, médecin à l'Institut Pasteur (1 vol. in-16, de 98 p. avec figures dans le texte).

Je remercie M. Chaillou de m'avoir adressé son travail. Il s'est souvenu sans doute que je dirige une crèche et comme en sa qualité de médecin-inspecteur de la protection du premier âge, M. Chaillou a visité cette crèche plutôt lamentable, son envoi très aimable ne manque pas d'une légère pointe d'ironie.

Eh bien ! oui, le Dr CHAILLOU a eu une excellente idée en écrivant sur l'hygiène générale d'une crèche. Nul n'était mieux qualifié que lui pour traiter de cette question : ce qu'il a su faire d'une façon concise et suffisante pour une vulgarisation des plus utiles.

On trouvera dans ce livre, avec plans et figures à l'appui, tout ce qui concerne la construction ainsi que l'aménagement intérieur d'une crèche, ainsi que d'excellents conseils sur le fonctionnement d'une telle œuvre. Malheureusement, il faut avouer que bien des crèches n'ont pas les ressources suffisantes pour être édifiées dans les conditions d'hygiène nécessaires. Il y a des crèches trop luxueuses et toujours flat-

tées par la charité privée; il y a des crèches trop pauvres et dans des milieux également pauvres où la charité ne peut rien. Les premières sont aidées plus qu'il ne convient ; les autres sont abandonnées à elles-mêmes, et morigénées de temps à autre par des rappels à l'hygiène, et par des invitations officielles à faire des frais qu'elles ne peuvent faire. Cela tient à ce que, après un premier engouement, le Conseil municipal de Paris qui subventionne les crèches ne les secourt plus extraordinairement ; celles de ces œuvres qui n'ont pas d'argent supplémentaire ne peuvent toujours répondre aux exigences de l'hygiène. Les sociétés des crèches, qui passent pour aider indistinctement toutes les crèches qui en ont besoin, font des distinctions peu méritoires : les crèches trop pauvres, qui n'ont pas de « cachet », n'ont pas toujours le don d'apitoyer ces œuvres ; il faut, pour être secourue, qu'une crèche ait déjà l'*aurea mediocritas*.

En tout cas le livre de M. Chaillou est très précieux, très pratique ; il rendra certainement des services ; il est gentiment édité. On le trouve chez tous les libraires et pour le gros, à Verneuil, imprimerie Turgis.

Précis de parasitologie humaine, maladies parasitaires dues à des végétaux et à des animaux, par le Dr M. Neveu-Lemaire, professeur agrégé a la Faculté de Médecine de Lyon. Préface par le professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de Médecine. Quatrième édition, revue, corrigée et augmentée.

Ce livre en est à sa 4e édition : c'est dire le succès qu'il a rapidement obtenu en peu de temps. C'est qu'un précis de parasitologie humaine était et devient de plus en plus une nécessité. Combien de progrès cette science n'a-t-elle pas faits depuis peu d'années ; combien de données originales et nouvelles ont été acquises pour expliquer de nombreux symptômes et syndromes de la pathologie humaine !

Cet ouvrage est écrit dans un style clair, concis, se souciant plus des faits, des constatations que des théories plus ou moins hypothétiques qui excitent l'esprit des chercheurs. A cet égard, un sens pratique est indéniable. Il n'est pas de médecin clinicien voulant aider un diagnostic épineux par les méthodes de laboratoire qui n'ait à cœur de se renseigner complètement sur la véritable cause du processus qu'il a à traiter ; le Précis de M. Neveu-Lemaire lui rendra les plus grands services ; de même l'étudiant y trouvera une ample moisson de documents, qui lui seront utiles pour parfaire son instruction et satisfaire aux exigences toujours pénibles d'un examen où il doit faire preuve de connaissances un peu spéciales. Enfin les parasitologistes de profession auront sous la main un guide éminemment utile, donnant une abondance de renseignements qu'ils peuvent avoir à consulter et à se remémorer à tout moment au Laboratoire. De nombreuses figures facilitent encore la compréhension des sujets traités.

Dopter.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac, par le Dr Gaston Lyon. (1 volume in-8 de 724 pages avec 14 schémas radioscopiques, cartonné toile, Masson et Cie, éditeurs.)

Ce nouvel ouvrage du Dr Gaston Lyon sera accueilli avec faveur, car, en dépit des innombrables travaux publiés jusqu'ici, les médecins ont beaucoup de peine à se reconnaître au milieu des doctrines différentes et des traitements innombrables. Revenant aux traditions cliniques, l'auteur a démontré que l'on devait diagnostiquer et traiter les gastropathies en s'appuyant principalement sur l'observation faite au lit du malade plutôt que sur les résultats souvent décevants de l'analyse chimique. Plus d'observation que de théories : telle est en raccourci l'idée directrice de l'ouvrage qui, par cela même qu'il rend à la clinique pure sa prééminence, aura réalisé un sensible progrès et orienté la thérapeutique vers une voie réellement pratique et profitable au malade.

Après un premier chapitre consacré aux prolégomènes (anatomie et physiologie, interrogatoire et examen), l'auteur aborde avec une certaine ampleur la séméiologie, et conformément à son programme, sans négliger la séméiologie des troubles chimiques, souvent si instructive, consacre de longs développements à la séméiologie plus immédiatement clinique si l'on peut ainsi dire. Une troisième partie traite de la thérapeutique générale, c'est-à dire des moyens diététiques, médicamenteux, physiques, psychiques, chirurgicaux, qui trouvent leur application dans les diverses gastropathies. Dans une quatrième partie, on trouvera les indications relatives au diagnostic et au traitement des maladies de l'estomac, en particulier, groupées sous les rubriques suivantes : Indigestion. Embarras gastrique. Gastrites aiguës, toxiques et infectieuses. Dyspepsies et gastrites chroniques. Dyspepsies secondaires. Ulcère. Cancer. Sténoses pyloriques. Gastropathies d'origine statique. Gastronévroses. Dyspepsies et entérites infantiles. L'ouvrage se termine par un formulaire magistral où sont rappelées par ordre alphabétique les formules les plus usuelles de la thérapeutique stomacale médicamenteuse, et par un formulaire diététique où sont réunis les recettes culinaires essentielles et quelques types de menus pour dyspeptiques.

C.

Maladies des Articulations, par les Drs Mauclaire et Dujarrier, chirurgiens des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 288 pages avec 88 figures. Broché : 6 fr. Cartonné : 7 fr.50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris).

Dans ce nouveau volume du *Nouveau Traité de Chirurgie*, M. Mauclaire étudie d'abord les arthropathies inflammatoires non microbiennes : hydarthrose, arthropathies hémophiliques, ostéoarthrite chronique plastique ankylosante et arthrites toxico-chimiques. Il passe ensuite aux arthropathies microbiennes : arthrites tuberculeuses, syphilitiques, blennorragiques et arthrites infectieuses rhumatoïdes.

Les corps étrangers articulaires, l'arthrite sèche et les arthropathies nerveuses (arthropathies tabétiques, syringoméliques, médullaires et hystériques), sont exposés par M. Dujarrier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Mauclaire étudie ensuite les ankyloses et les tumeurs articulaires.

D'excellentes figures, notamment d'intéressantes radiographies, des types d'exercices mécanothérapiques, illustrent ce fascicule très au courant des recherches les plus récentes.

Comme dans les autres fascicules du *Nouveau Traité de Chirurgie*, c'est à la clinique et à la thérapeutique que la part la plus large a été faite.

Atlas de Radiologie normale, par les Drs Hauchamps, Klyncus et Mahoux, 1 vol. de 308 pages avec 153 schémas et radiogrammes (grandeur naturelle). (Librairies F. Ernest, à Bruxelles, et O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris).

La connaissance préalable des images radiographiques normales est indispensable à qui veut interpréter un cliché de fracture, de luxation, de lésion viscérale ; elle est le meilleur moyen d'éviter les prétendues erreurs de la radiographie qui, suivant la remarque des auteurs, ne sont que des erreurs d'interprétation. L'atlas publié par H., K. et M. facilitera aux médecins cette étude du sujet normal grâce à de très nombreuses illustrations et au texte qui les éclaire. Les auteurs exposent d'abord la technique générale de la radiologie (appareils et leur mode d'emploi), puis, dans une série de chapitres, ils étudient successivement les images données par le squelette et spécialement les régions articulaires, les organes thoraciques (cœur, aorte, poumons).

Traité des maladies des voies urinaires, par les Drs Desnos et Minet, 1 vol. de 1099 pages avec 289 figures et 8 planches en couleur (Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.)

Les auteurs se sont proposé comme but « de composer un ouvrage qui permette à l'élève d'y trouver les éléments nécessaires à son instruction, au praticien un guide toujours prêt, au spécialiste un moyen de préciser ses souvenirs ».

Pour y parvenir, ils ont fait appel non seulement à leur expérience personnelle, mais encore aux nombreux travaux publiés sur la chirurgie urinaire dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger ; parmi ces travaux, ils ont fait une sélection sévère, ne retenant que les plus importants et évitant ainsi de se perdre dans une bibliographie inutile ; leur ouvrage conserve donc un caractère avant tout pratique. Les

moyens nouveaux d'exploration vésicale et rénale(endoscopie, examen chimique des urines, exploration fonctionnelle du rein) y sont suffisamment exposés ; le traitement des diverses affections est étudié avec détails. L'illustration a été particulièrement soignée. Ch. L

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail (leurs suites médicales et judiciaires), par E. Forgue et E. Jeanbrau. Deuxième édition augmentée et mise au courant de la jurisprudence. 1 vol. in-8°, cartonné, de 576 pages. Prix: 8 francs (Masson et Cie, éditeurs, 1909).

Comme le dit M. Jean Cruppi dans sa préface, les chirurgiens de Montpellier « ont examiné, dans ce livre, avec une clarté et une méthode dignes des plus vifs éloges, toutes les suites médicales ou judiciaires d'une blessure assujettie à la loi de 1898 et ont réuni dans un même recueil tous les renseignements d'ordre juridique ou d'ordre technique indispensables à tous les praticiens, médecins, magistrats ou avocats. Ce livre de pathologie des accidents du travail contribuera à faciliter aux magistrats et à tous les auxiliaires de la justice l'accomplissement de la tâche si délicate que le législateur de 1898 leur a confiée ».

Dans une *première partie*, les auteurs étudient *le rôle du médecin quand l'accident vient d'arriver.*

A) Ce que le médecin doit savoir de la loi de 1898 ;
B) Ce qu'on doit entendre par accidents ;
C) L'examen du blessé, les soins et opérations d'urgence.

Dans ce chapitre sont passées en revue toutes les éventualités qui peuvent se présenter pour le médecin-praticien : obligation légale de déclarer tous les accidents à la mairie ; la déclaration n'a pas le caractère d'un aveu ; libre choix du médecin par le blessé.

Ils insistent avec raison sur l'examen soigneux du blessé et le diagnostic de la blessure : fractures, luxations et contusions articulaires, plaies nettes et plaies contuses, contusions du crâne, du thorax, de l'abdomen ; hernie de force.

Ils répondent aux questions suivantes :

Le blessé a-t-il le droit de refuser de se laisser examiner, se laisser panser, soigner : refuser une opération urgente ou sans danger destinée à améliorer le résultat; refuser une injection préventive de sérum antitétanique ; se faire soigner par un empirique ?

Ils consacrent un long chapitre au *certificat d'origine* qui est, en effet, de la première importance, et donnent des conseils très utiles sur sa rédaction, sur la nécessité de fournir un diagnostic clair, complet et précis, l'utilité de faire un examen très complet.

Dans une *deuxième partie*, les A. étudient les *suites médico-légales de l'accident* :

A) La blessure dans ses suites normales et ses complications ;
B) Les rapports des accidents avec certaines maladies ; leur influence étiologique, leur rôle localisateur ou révélateur, les coïncidences ;
C) L'entretien et l'aggravation volontaire des blessures ;
D) L'exagération et la simulation ;
E) Les maladies professionnelles.

Dans une *troisième partie*, sont étudiées les *suites judiciaires de l'accident* :

A) La procédure à ses divers degrés ;
B Les certificats médicaux officieux ;
C) La consultation médico-légale ;
D) L'expertise médico-légale.

(Ils donnent plusieurs exemples de rapports d'expertises).

Dans une *quatrième partie*, sont étudiées les *évaluations des incapacités* :

A) Les incapacités permanentes totales ;
B) Les incapacités permanentes partielles ;
C) Ils reproduisent les tableaux d'évaluations de G. Brouardel et de Remy ;
D) Les évaluations admises par la jurisprudence française (Duchauffour) ;
E) Ils consacrent tout un chapitre aux évaluations des troubles de la vision ;
F) Aux états antérieurs et prédisposition aux maladies;
G) A la sinistrose du Prof. Brissaud ;
H) Aux mutilations génitales.

La *cinquième et dernière partie* est consacrée aux *honoraires médicaux*.

On juge par cet aperçu de la partie éminemment pratique de ce livre conçu sur un plan très clair et très précis.

Tous les médecins étant appelés soit à soigner des accidentés du travail, soit à éclairer la justice à titre d'experts (justices de paix ou tribunaux), auront par conséquent le plus grand intérêt à consulter ce véritable guide. Dr Estrabaut.

Digestion et nutrition. *Aperçus de Médecine pratique* ; par le Dr E. Monin. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — Un volume in-18 cartonné. 4 francs.

Sous ce titre, Digestion et nutrition, le Dr E. Monin vient de publier un ouvrage extrêmement pratique, d'une précision et d'une clarté parfaites, et tenu soigneusement au courant des conquêtes les plus récentes en clinique et en thérapeutique. L'ouvrage, d'ailleurs, porte ce sous-titre modeste : « *Aperçus de Médecine pratique* » et s'adresse au médecin-praticien ainsi qu'au public instruit et éclairé.

Le régime rationnel, les intoxications alimentaires, les principales affections du tube digestif et de ses annexes sont, d'abord, traités, avec un grand luxe de préceptes d'hygiène et de formules pratiques. L'auteur aborde, ensuite, les diverses modalités de l'arthritisme et fait aussi une fructueuse incursion dans le domaine des affections respiratoires, circulatoires et cutanées, considérées comme liées à un état constitutionnel. L'ouvrage se termine par des considérations intéressantes sur la défense de l'organisme et sur sa dépuration

FORMULES

1. Gouttes contre la gastralgie.

Stovaïne......................	0 gr. 25
Eau de laurier-cerise...........	10 cc.

A prendre 20 gouttes au moment des accès ou avant le repas (M. Nigoul).

2. Paquets contre la gastralgie.

Stovaïne	0 gr. 02
Magnésie hydratée	0 gr. 60
Craie hydratée................	0 gr. 40
Bicarbonate de soude..........	0 gr. 40

(Pour 1 paquet). En prendre 1 après chaque repas (Huchard).

3. Pastilles.

(Dosées à deux milligrammes). 12 à 15 dans la journée sucées lentement.

Injections hypodermiques.

La Stovaïne peut être associée à tous les médicaments dont l'application ou l'injection est douloureuse.

Exemples :

4.	Cyanure de mercure	0 gr. 30
	Stovaïne	0 gr. 05
	Eau distillée q. s. pour.........	10 cc.

Stériliser à l'autoclave à 105-110°.

5.	Bichlorhydrate de quinine. ...	3 gr.
	Stovaïne	0 gr. 05
	Eau distillée q. s. pour.........	10 cc.

Stériliser à l'autoclave à 105-110°.

6. Badigeonnages.

Stovaïne......................	5 à 10 gr.
Chlorure de sodium pur.......	5 à 10 gr.
Eau distillée q. s. pour.........	100 cc.

Pour anesthésie de la muqueuse, dans les affections de la bouche, de la gorge et du nez.

7. Collutoire.

Stovaïne	0 gr. 20
Glycérine	20 gr.

8. Gargarisme.

Stovaïne	1 gr.
Sirop diacode	40 gr.
Eau de laurier-cerise	10 gr.
Eau bouillie	170 gr.

9. Mixture contre la carie dentaire.

Stovaïne	1 gr.
Acide phénique cristallisé	1 gr.
Menthol	1 gr.

Pour imbiber les boulettes de coton à placer dans les dents cariées.

10. Potion contre les vomissements.

Stovaïne	0 gr. 05
Eau chloroformée	ââ 50 gr.
Hydrolat de menthe	

A prendre par cuillerée à soupe de demi-heure en demi-heure.

Assistance publique

Concours de l'internat en médecine. —*Epreuve écrite. — Lundi* 21 *décembre*. — Questions données : *Anatomie* : Le nerf phrénique (anatomie sans la physiologie). — *Pathologie.* : Symptômes et diagnostic de calculs du cho lédoque.

Questions restées dans l'urne. — Anatomie : Le nerf sciatique poplité interne et sa distribution (sans la physiologie). Les deux artères mésentériques supérieure et inférieure (Anatomie sans physiologie). *Pathologie* : Symptômes, formes, diagnostic différentiel et étiologique de la péricardite aiguë. — Causes, symptômes, évolution et traitement de l'infiltration d'urine d'origine urétrale.

Composition des jurys et heures des séances. — Anatomie : MM. les docteurs Garnier, Tapret, Guibé, Sébileau, Brindeau. Séances le mardis, jeudi et samedià 8 heures du matin à la Charité. — *Pathologie* MM. les docteurs Barié, Parmentier, Claisse, Mouchet, Veau. Séances les lundi, mercrédi et vendredi à 4 heures 1/2, à la Charité. 1re séance, dimanche 27 décembre à 9 heures du mtain.

Ordre de tirage au sort des copies. — 1. MM. Bontemps, Couput, Beck, Thibaut (David), Sellet, Pellot, Mlle Parisse, MM. Desprez, Kemhadjian, Rousseau (Fernand).

11. Desaux, Lorin, Dragatzes, Renaud-Badet, Albertin, Noël, Miginiac, Théry (André), Besnard (Jacques), Mlle Coudat.

21. MM. Brocq, Sourdille, Roy, Ramadier, Séguinot, Cassard, Moriez, Gauthier (Emile), Boivin, Farah.

31. MM. Krebs, Béraud (Henri), Mairesse, Pakowski, Dournay, Vincent (Max), Huber, Fallot, Guerrero, Bobrié.

41. MM. Zislin, Kahn, Swiecinski, Bloch (Marcel), Fortin, Brenot, Mlle de Pfeffel, Huyghues de Beaufond, Alexandre, Bourrouillou.

51. MM. Feil, Jumon, Mossé, Stréhaïano, Avezou, Desplas, Chichmanian, Crétaux, Mlle Neveux, MM. Le Savoureux.

61. MM. Ohnian z, Lévy (Georges), Lechevallier, Faure-Beaulieu, Lehmann (Pierre) Toulant, Delagénière, Huard, Séjournet, Valery-Radot.

71. MM. Pizon, Gardies, Poirot-Delpech, Tissier, Mlle de Jong, MM. Bouvier, François (René), Rolland, Turquety, Koechlin (Fernand).

81. MM. Léger, Strauss, Lévy (Isaac), Fontorbe, Buc, Vielle (Albert), Pont, Chomanet, Rousseau (Emile), Weissenbach.

91. MM. Delivet, Mlle Peltier, MM. Chevallier (Paul), Adler, Mlle Hertz, MM Engel, Dufour, Monod (André), Marquis, de Cumont.

101. MM. Collet, Paris, Legal, Lasalle, Latil, Berthod, Rose, Bruel (Paul), Lorreyte ,eBrac, Rabourdin.

111. Laisney, Bonnet (Emile), Monbrun, Nuegeville, Lafont, Gras, Chevallier (Pierre), Philbert, Virenque, Pimpaneau.

121. Mlle Sabin, MM. Netter, Ferry (Maurice), Heuyer, Gutmann Usse, Buquet, Lefranc, Vignerie, Labourdette.

131. MM. de Vaugirard, Denet, Nicaud, Libert (Lucien), Pineau (Alfred), Richard (Georges), Finot, Baron, Deffins, Guéniot.

141. MM. Paley, Tzauck,Bailleul, Amandrut, Viel (Emile), Girard-Mornet, Feuillet, Jacquet, Wallimann.

151. MM. Schneider, Monnier (Henri), Bruslé, Mignot, Rouèche, Gallais, Meyer, Heine, Villette, Chatelin (Philippe), Gantier.

161. MM. Mutel, Goret, Maurer, Baufle, Rousseau, Langevelt, Caux Guelfucci, Levent, Turnesco, Pollet.

171. MM. Madier, Tribes, Leblanc (Albert), Vilfroy, François (Paul) Foisy, Ghys, Vincotte, Boutet, Gatellier.

181. MM. Joisson, Potherat, Richard (André), Chauvet, May, Bourgeois, Chamboulives, Doucet, Malet (Ch.), Routier.

191. MM. Perrier, Lancrenon, Dragoesco, Nuriel, Mlle Lenormand, MM. Schoofs, Françon, Bloch (Jacques), Plaisant, Fenard.

201. Porak, Bachy, Teisset, Montet, Castang, Aine, Nadal, Gassier, Fège, Rousselot,

211. MM. Jacquemin (Alfred), Carnot, Ferté, Moreau, François (M.), Magniel, Croissant, Villechaise, Dutheil. Vosy.

221. Mlle Giboulot, MM. Pottecher, Prélat, Bollach, Chatelin (Charles), Mallet (Lucien), Vincent (René), Pruvost (Pierre), Bernard, Gillot.

231. MM. Gendron, Fricker, Bith, Monnier (Paul), Lamare, Michaut, Métivet, Bouchey, Patenostre, Dogny,

241. — Beloux, Lœvy, Roussel. Cain, Baumgartrier, Logre Saint-Girons, Lebas,Fabre, Gillard.

251. MM. Boulan, Guilmet, Magrou, Molina, Samson, Besnard (Jean), Bruel (Léon), Godlewski, Ferry (Charles), Aubry.

261. MM. Fouchet, Thiers, Corpechot, Legard, Jeannest, Duval, Gautier, Claude, Chataing, Mlle Cosmovici, M. Ferrand.

271. MM. Passot, Durand (Henri), Mlle Lévi-Alvarès, MM. Pierret, Busson, Gouverneur, Rosenwald,Angot, Gouguet de Girac, Rouillard.

281. MM. Héricourt, Poisson, Delort, Michel, Barthélemy (Raymond), Béchade, Mondor, Bodineau, Petit (Ch.), Dumas.

291. MM. Fourrière, Charrier, Sédillot, Gougelet, Allard, Madre, MMlles Lévy, d'Argent, MM. Vinay, Girou.

301. MM. Pinchon, Philippon, Butin, Vignes, Bénazet, Brodin Vivier, Rol, Onfroy de Bréville, Piot.

311. MM. Bruslon, de Berne, Lagarde, Hadengue, Pierrot, Ghéorghiu, Reilly, Mercier, Gougeot, Lévy (Alfred), Gauchery.

321. MM. Gasteaud, Photiadès, Butel, Schilmann, Deville, Génil-Perrin, Douzelot, Lubetski, Larcher,Prost.

331. Caudrelier, Fau, Lévy (Pierre), Casten, Maréchal, Monod (Robert), Lataillade, Rougier, Carrié, Reynier.

341. MM. Lelièvre, Héber, Vandescal, Lefèvre, Monin, Mlle Leven, MM. Bergeret, Vilbort, Roux, Guyonnaud.

351. MM. Berthomier, Tison, Sécheret, Lucas-Championnière, Colombé, Bellin du Coteau, Barthélemy (Paul), Prigent, Mlles Monbiot, Trélat.

361. MM. Eissen, Ollé, Mlle Rabuteau, MM. Dubois (Robert), Bernet, Sauty, Mlle Blanchier, MM. Pignot, Couinaud, Toffin.

371. MM. Liébault, Lhemann (Paul), Parin, Bougeaut, Rousseau (Ferd-Louis), Pauciulesco, Darrieux, Larue, Roubeau, Ducastaing.

381. MM. Chabert, Benoiste, Pilloire, Balland, Baudouin (Emile), Sébillotte, Cletz, Loubeyre, Larroique, Escalier, Hue.

391. MM. Coppin,Le Grand, Jamin,Dufourmentel, Desvaux de Lyt Ducamp, Moulonguet, Pellissier, Bloch (René), Lamy.

401. MM. Weisweiller, Sidoun, Caillé, Astruc, Clogne, Bel, Bloch (André), Portret, Danton, Mlle Delage.

411. MM. Renault (Ch.); Kœchlin (Jean), Desbouis, Wilmet, Rudelle, Bonnet (Flavien), Le Roy (René), Blocque, Autier. Monod (Raoul).

421. MM. Clarac, Malarte, Cuny, Mlle Landelsmann, Trotain, Bouquier, Salès, Garsaux, Briault, Roullier.

431. MM. Girault (Albarès), Maillet, Parent, Petit (Henri), Ecalle, Desnos, Chamard Berthonnier, Lamer, Renault (André), Durœux.

441. MM. Vignalt, Morancé, Dubois (Jean).

Ordre de lecture. — *Anatomie* : Du nº 1 au nº 443, en suivant l'ordre du tirage au sort. — *Pathologie* : du nº 223 au nº 443 et du nº 1 au nº 222.



TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis artérielle ;

Par G. MILIAN
Médecin des hôpitaux

Le 10 novembre 1908, je visitais à son domicile, 1 rue du Gros-Caillou, en vue de son admission à l'Assistance obligatoire aux vieillards et infirmes, un nommé B.. âgé de 53 ans, ancien comptable. Il avait une hémiplégie gauche récente et il avait eu la cuisse droite amputée, il y a quelques années.

L'étude étiologique et pathogénique de ce cas me donna des résultats intéressants dont voici l'exposé :

Il y a trois mois, le malade étant aux cabinets tomba brusquement à terre. Il ne perditpas connaissance, mais fut incapable de se relever; on le transporta dans son lit. Il avait à ce moment-là une paralysie complète de la jambe et du bras droits,avec difficulté d'articuler les mots. Peu à peu la langue et la jambe revinrent à l'état normal, et actuellement l'*hémiplégie droite* est incomplète, car le membre supérieur gauche seul est impotent, immobilisé en flexion, tandis que la jambe a recouvré ses mouvements et permet au malade de se tenir debout.

Le langage est normal. Il y a exagération marquée des réflexes tendineux, trépidation épileptoïde et extension des orteils au chatouillement plantaire du côté droit.

Depuis 2 ans, le malade avait des maux de tête de la région occipitale, peu violents pourtant et sans exacerbation nocturne.

La répartition inégale des phénomènes hémiplégiques puisqu'il s'agit en réalité aujourd'hui plutôt d'une monoplégie brachiale que d'une hémiplégie véritable, nous permet de dire qu'il s'agit ici d'une lésion cérébrale corticale et non capsulaire. Une pareille localisation des symptômes serait impossible au niveau de la capsule interne qui a une si faible étendue ! Elle est, au contraire, possible sur la vaste surface des circonvolutions circumrolandiques.

Le mode de début soudain permet d'éliminer comme cause de cette hémiplégie une plaque de méningite. Les méningites corticales localisées provoquent des accès d'épilepsie jaksonienne ou des monoplégies graduelles à moins qu'elles ne soient consécutives à l'accès d'épilepsie, ce qui n'a pas eu lieu ici.

On ne peut donc chercher à cette hémiplégie qu'une *cause artérielle*.

La période de céphalée prémonitoire nous permet d'éliminer l'embolie. L'embolie s'accompagne d'ailleurs presque toujours d'ictus.

L'hémorrhagie cérébrale paraît peu vraisemblable pour la même raison. L'endartérite oblitérante, d'ailleurs si habituelle en matière de syphilis, est tout à fait vraisemblable au contraire, chez cet homme, qui est syphilitique, comme nous le dirons plus loin. La céphalée du début, la forme monoplégique de la paralysie sont en faveur de ce diagnostic. Il y a eu là une *endartérite de la sylvienne d'origine syphilitique*.

En 1897, le malade a subi l'amputation de la cuisse droite pour artério-sclérose, lui a-t-on dit dans le service de chirurgie du Dr Gérard-Marchant. Pendant les deux années précédentes il avait eu dans le mollet des douleurs très violentes qui l'empêchaient de marcher. « J'ai vu, dit-il, arriver mon train en gare, et ne pas pouvoir le prendre, tant la douleur m'empêchait de marcher. »

Après quelque temps de repos, il pouvait repartir et marcher à nouveau ; mais après quelques centaines de mètres, il était à nouveau obligé de s'arrêter. On ne peut pas imaginer un exemple plus net de *claudication intermittente*. Subitement un jour, il sentit, en marchant, un craquement dans le mollet, et tomba ; on le monta chez lui en le portant ; la jambe était violacée. Au bout de huit jours, on le porta à l'hôpital, car la jambe était gangrénée, et, trois semaines après son entrée à l'hopital, la gangrène étant arrêtée, on l'amputa de la cuisse.

Cette histoire est calquée sur la précédente : douleurs dans le membre pendant la période de préparation de la lésion, analogue à la céphalée prémonitoire, claudication intermittente indiquant l'origine artérielle de cette lésion, phénomènes subits quand l'oblitération se termine : véritable ictus dans les deux cas.

Ici l'endartérite oblitérante est absolument flagrante.

Si maintenant, on examine le système artériel de cet homme, on est frappé de la *petitesse des pouls radiaux* et, surtout, on constate à *l'aorte* un *souffle systolique* très net avec dilatation du vaisseau, qui déborde le sternum de plus d'un travers de doigt. La *radioscopie* faite avec le concours du Dr Blanche à l'hôpital de la Charité confirme le diagnostic d'aortite et montre *de visu* une très grosse dilatation du vaisseau sans pourtant qu'il y ait anévrysme.

Cet homme a une *albuminurie* abondante. Il en a souffert d'ailleurs il y a trois mois au moment de son hémiplégie.

Antécédents. — En 1892, il eut un chancre à la cuisse suivi de plaques de la bouche pour lesquelles il se traita à l'iodure de potassium et sirop de Gibert pendant 2 ou 3 ans.

Il eut des fièvres intermittentes en Algérie pendant 2 ou 3 ans en 1876, à Oran, pour lesquelles il est entré à l'hôpital à Tlemcen. Il revint en France en 1879.

Voilà donc un individu qui, au cours de son existence, en l'espace de 11 ans, a fait au moins trois accidents graves portant sur les artères : une oblitération de la fémorale droite ayant entraîné une gangrène du membre inférieur droit ; une oblitération de la sylvienne droite ayant entraîné une hémiplégie gauche ; enfin une aortite. L'albuminurie abondante relève sans doute, en outre, d'une localisation morbide sur le système artério-capillaire du rein.

Il est certain que la *syphilis* est l'auteur de ces désordres. Le paludisme qui affectionne également les vaisseaux, mais les gros vaisseaux, rarement les artères des membres est vraisemblablement trop lointain (1876, alors que les premiers accidents datent de 1897) pour en être rendu responsable. La syphilis qui a débuté en 1892 est au contraire bien placée chronologiquement.

Ces accidents portent d'ailleurs son cachet : céphalée prémonitoire, claudication intermittente.

L'*athérome* ne peut être invoqué chez cet homme qui ne présente nullement l'aspect fatigué, le gérontoxon, les artères sinueuses, les absences des athéromateux. B., a d'ailleurs 53 ans et les premiers accidents ont commencé à 42 ans, ce qui est tôt pour l'athérome.

Il nous a paru intéressant de relater ce fait d'une syphilis à localisations artérielles multiples ; il y a là une élection curieuse du virus. Cela n'est d'ailleurs pas une exception dans l'histoire de cette maladie. On peut observer chaque jour des localisations pareillement systématiques : les *syphilis nerveuses* sont communes, frappant successivement méninges, cerveau, nerfs craniens, moelle, etc. On voit des syphilis distribuées *aux os* : clavi-

cule, tibia, cubitus et respectant les autres viscères. Notre cas est un exemple de *syphilis artérielle*. Il y a pareillement des syphilis *muqueuses* où les lésions des muqueuses sont abondantes alors qu'il n'y a aucun accident cutané et l'on voit des syphilis purement tégumentaires à lésions très confluentes sans aucune autre localisation morbide.

Ces faits sont à comparer à ce qu'on observe dans la tuberculose où l'on voit tant de systématisations : tuberculose osseuse, tuberculose ganglionnaire, tuberculose des séreuses, etc.

Un cas d'ulcère duodénal perforé traité par la laparotomie et guéri ;

Par

P. HALLOPEAU et **PÉRIER**

prosecteur à la Faculté de médecine. interne des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons ci-après est celle d'un malade opéré d'urgence dans le service de M. le docteur Routier pour une péritonite par perforation d'ulcère duodénal (1).

Le cas nous a paru intéressant, car les ulcères du duodénum ne sont pas très fréquents et si l'on en croit Trier, il y aurait seulement un ulcère duodénal pour neuf ulcères gastriques. Andral donne même la proportion d'un ulcère duodénal pour quarante ulcères de l'estomac. Comme on va le voir, il s'agit d'un homme, ainsi que c'est le cas le plus fréquent (4 hommes pour une femme) et d'un ulcère de la paroi antérieure du premier segment.

Le samedi 18 juillet 1908, vers 10 h. du soir, on amène à l'hôpital Necker le nommé Henri D..., comptable, âgé de 28 ans.

C'est un homme robuste; mais ce qui frappe avant tout, c'est son facies angoissé : les yeux sont excavés ; les traits tirés expriment la douleur.

Il est malade depuis trois jours environ et rattache son état à un coup de pied qu'il aurait reçu dans le ventre, cinq jours auparavant, le 13 juillet. Il n'a vu son médecin que dans l'après-midi du 18.

Le même jour, vers 5 h. du soir, les souffrances ont redoublé d'intensité et, depuis, rien ne les calme.

La langue est excellente, humide.

Le pouls à 90, régulier, bien frappé.

La température à 38°6.

Il a eu une selle dans la matinée et depuis a rendu des gaz.

Vomissements alimentaires et bilieux. Nausées.

Pas de hoquet.

Respiration à 24 par minute.

L'examen du ventre décèle les symptômes suivants :

Ventre légèrement ballonné, tendu, rigide, dur comme du bois. La coloration de la peau est normale. Défense musculaire généralisée à tout l'abdomen et rendant l'examen très difficile. La douleur est maxima à l'hypochondre droit et surtout au point de Mac Burney. C'est également dans cette région que la défense est le plus marquée.

La région épigastrique est aussi le siège d'une sensibilité assez vive. La circulation se fait mal au niveau de la paroi, mais il n'y a pas d'œdème à proprement parler. Un peu de tympanisme à l'épigastre. Pas de sonorité préhépatique.

Le malade raconte qu'un de ses frères est mort d'appendicite dans les mêmes conditions. Voici du reste ses antécédents : Père mort alcoolique, mère vivante et bien portante. 3 frères bien portants. Une tante morte de cancer du sein.

Le malade, marié depuis 5 ans, a perdu un de ses enfants de méningite ; le second se porte bien.

Quant à lui, c'est un dyspeptique : il éprouve des brûlures et a quelquefois des vomissements après ses repas. Jamais de constipation. Jamais de melœna ni d'hématémèse. Epistaxis. Il n'a eu qu'une conjonctivite (?) dans le jeune âge, des bronchites et une scarlatine. Pas de fièvre typhoïde.

Aussitôt après son entrée, une vessie de glace est mise sur le ventre, une piqûre d'huile camphrée pratiquée.

Une heure après, l'état a empiré : le malade se plaint davantage et a eu à nouveau un vomissement bilieux.

Le diagnostic porté est celui de péritonite généralisée par appendicite suraiguë : l'intervention est aussitôt décidée et pratiquée à minuit.

Le malade est endormi au chloroforme.

L'incision est faite sur le bord externe du droit : l'ouverture du péritoine donne aussitôt issue à un peu de liquide trouble, un peu plus épais que le liquide que l'on voit d'ordinaire dans les péritonites septiques. L'appendice découvert est libre et complètement sain : il est réséqué.

Comme on ne peut rapporter l'épanchement abdominal à une affection de l'appendice, nous décidons de continuer par une laparotomie médiane. La plaie latérale est tamponnée provisoirement.

Une nouvelle incision, médiane, est pratiquée, commençant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic et le dépassant légèrement en haut.

L'incision est faite bas, car le liquide semble venir surtout du petit bassin.

Nous explorons tout l'intestin, en commençant par l'iléon : il est petit et rétracté, sauf le jéjunum qui est distendu : il n'y a nulle part trace de perforation. Il n'y a pas encore de péritonite, la séreuse est simplement luisante et poissée. Le déroulement de l'intestin s'accompagne d'une abondante issue de liquide contenu dans le Douglas : ce liquide renferme des mucosités assez épaisses, d'aspect glaireux. L'incision est alors prolongée en haut, ce qui permet d'examiner la face antérieure de l'estomac : celle-ci est saine et l'organe est distendu, ce qui fait éliminer d'emblée une perforation siégeant ici. Une compresse introduite à ce moment sous le foie, vers le duodénum, ramène des débris alimentaires, en même temps que se produit un bruit caractéristique d'échappement de gaz et de liquide. Celui-ci n'était pas coloré par la bile, mais blanchâtre.

Le foie étant fortement écarté, nous pouvons alors apercevoir la perforation : elle siège sur la face antérieure de la première portion du duodénum, dans la région fixe de l'organe, si bien qu'elle ne peut être attirée dans la plaie. La perforation a les dimensions d'une lentille, à peu près, mais elle est un peu ovalaire et allongée dans le sens de l'intestin. Ses bords sont taillés à l'emporte-pièce : ils ont un aspect grisâtre.

Nous passons avec la petite aiguille de Reverdin et du fil de lin n° 00 quatre points perforants qui parviennent à oblitérer l'orifice : ces points sont assez difficiles à placer, car la région est profonde, il n'y a qu'un aide et la zone de l'ulcère est friable : certains points coupent et doivent être repassés. La zone friable et indurée paraît avoir deux centimètres de large environ. Des points séparés sont placés ensuite, non perforants, et parviennent à enfouir complètement les premières sutures. Ces points entraînent un saignement abondant qui peut être arrêté par un dernier point, chargeant une petite artère.

L'abdomen est nettoyé dans toute son étendue ; les anses intestinales sont essuyées avec des compresses imbibées de sérum, mais il n'est pas fait de lavage. Un drainage est fait dans les conditions suivantes : un drain au niveau de la région perforée, s'engageant loin sous le foie ; un vers le flanc droit, un vers le flanc gauche ; un quatrième, plongé dans le Douglas, ressort à la partie inférieure de l'incision.

Suture des deux incisions en un plan, au bronze d'aluminium.

L'intervention a duré une heure et demie. On fait immédiatement une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel.

---

(1) Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie le 18 novembre 1908 par le Dr Routier.

19 *juillet*. Le lendemain, bon état général. Le malade a continué à vomir ; mais le pouls est à 76 et bien frappé. Facies toujours tiré. Température à 38°5. Urines 700 gr. Une piqûre de morphine. Sérum 1.060 gr. Caféine. Huile camphrée. Glace sur le ventre. Le malade reste dans le décubitus dorsal, dans la position habituelle.

20. Le malade a rendu des gaz. Vomissements,
Température 38°2 ; pouls à 76 ; Urines 1 litre.
Sérum 506 gr. Morphine.

21. Vomissements dans la nuit. Gaz. Lavement. Sérum, 500 gr.
Température 38°2 ; pouls 88. Urines 800 gr.

22. Les vomissements ont continué : on fait un lavage d'estomac qui ramène une certaine quantité de liquide noirâtre. Sérum, 1.000 gr.; huile camphrée. Température, 38°6 ; pouls 124. Urines, 800 gr. Le ventre est ballonné. Le malade a fait des efforts violents et par l'orifice où sortent les 3 drains supérieurs, l'épiploon vient faire une hernie du volume d'une mandarine environ.

23. Sérum 1.000 gr. Huile camphrée.
Température, 39. Pouls, 150. Urines, 800 gr. L'état général du malade semble très grave.

24. Sérum, 1.000 gr. Huile camphrée.
Température, 39 ; pouls, 132. Urines, 1 litre 1/4.

25. Lavement qui ramène quelques matières. Sérum, 500 gr.
Température 38°8 ; pouls 100. Urines 1 litre 1/2.

26. Gaz abondants ; pas de vomissements. Température, 38°5 ; pouls, 104. L'état général s'est considérablement amélioré depuis deux jours.

27. Lavement avec garde-robe. Température, 39 ; pouls, 104. Urines, 1 litre 1/4. Sérum, 500 gr.

28. Température 38 ; pouls 80. Urines 1 litre.
Vomissements. Garde-robe spontanée.

29. Ablation d'un drain et des crins qui séparent les fils de bronze.
Lavement avec garde-robe.
Tous les jours, le pansement du malade a été renouvelé et l'aspiration pratiquée dans les drains, mais sans grand résultat.

30. Ablation de deux drains. On ne laisse que celui qui s'engage sous le foie. Température 38°8. Urines 1 litre 1/2.

31. Ablation du dernier drain et des fils, sauf deux. Lavement avec garde-robe.

1er *août*. Le malade fait un brusque mouvement et la plaie s'entr'ouvre davantage laissant passer une partie plus volumineuse du grand épiploon. Les jours suivants, la température se maintient à 38°. Lavement avec garde-robe tous les deux jours. Les matières sont noirâtres.

5. Ablation des deux fils de bronze. Il ne reste plus ni drain ni fils. Température toujours à 38°.

9. La température est à 39°9 et s'y maintient les jours suivants.

12. Vomissement.

13. Vomissement. Température entre 38 et 39°. Garde-robe tous les deux jours.

19. Une assez grande quantité de pus s'est fait jour au point où siégeait le drain sous-hépatique. A partir de ce jour, la température tombe à 37° et s'y maintient. Selle tous les jours. Le pansement est sec ; il n'y a pas de pus : on touche à la teinture d'iode la partie supérieure de la plaie où peu à peu se produit la réduction spontanée de la hernie épiploïque.

Le malade sort guéri le 17 septembre. Selles quotidiennes. Plus aucune douleur ni vomissement.

Régime lacté, purées, pâtes, œufs. L'embonpoint est revenu. La plaie est complètement cicatrisée.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue et tout d'abord pour ce qui est du diagnostic, qui n'a été fait qu'au cours de la laparatomie.

Dans l'histoire du malade nous avions relevé l'existence d'une période de trois jours, pendant laquelle il avait ressenti une douleur assez vive et mal localisée dans la partie droite de l'abdomen. Ce n'est qu'après ces 3 jours qu'est survenue la douleur en « coup de poignard péritonéal » considérée comme classique. Or, cette douleur n'avait été ni aussi violente ni aussi brutale que d'ordinaire, et, dans l'hypothèse adoptée d'une appendicite, pouvait se rapporter à une généralisation brusque. Ajoutons que le malade insistait particulièrement sur la mort d'un de ses frères au cours d'une appendicite suraiguë. Rien au contraire ne pouvait nous faire penser à une affection gastrique ou duodénale puisqu'ici, comme dans la plupart des cas, l'ulcère n'avait produit que de vagues troubles digestifs dont le malade ne nous parla que plus tard et auxquels il n'avait pas attaché d'importance.

L'état général du malade n'était pas non plus cet état dramatique observé si fréquemment. Le facies était tiré, mais le pouls calme et bien frappé à 80, alors qu'ordinairement, il est rapide et filant. La langue était bonne, le tympanisme abdominal peu marqué et il n'y avait pas de sonorité préhépatique ; les vomissements étaient rares. Il n'y avait pas de hoquet. Seule, la contracture généralisée à toute la paroi montrait la gravité de l'état du malade et détermina l'intervention. Il n'y eut donc ici aucun phénomène de collapsus, ce qui viendrait confirmer l'opinion de d'Arcy Power et de Broadbent (de Londres), à savoir que les signes de collapsus sont toujours moins marqués en cas de perforation duodénale que dans les perforations d'ulcères gastriques.

Ajoutons que le malade avait eu une selle dans la matinée et avait rendu des gaz depuis la perforation. Schwartz a cependant insisté dans son rapport de 1898 sur l'arrêt des matières et des gaz dans les péritonites diffuses par ulcère duodénal perforé.

L'erreur de diagnostic est excusable : dans la grande majorité des cas publiés, la perforation ne fut reconnue qu'au cours de la laparotomie ou même à l'autopsie.

Dans nombre d'observations, on pensa à une occlusion intestinale, et plus souvent à de l'appendicite. Sur 23 cas réunis par Tuffier (1905), neuf seulement avaient donné lieu à des symptômes gastriques. Sur les 25 cas réunis par Schwartz (1898), cinq seulement avaient pu faire penser à une perforation de l'estomac. Houzé (1896) cite 15 cas et le diagnostic ne fut fait qu'une fois. De même chez les malades de Rouville, Chalier, Rochard, Guinard, Loison, Marie, Alglave, Bégouin, Chavannes, etc. Aussi Sieur donne-t-il comme conclusion de ne jamais oublier — en cas de péritonite diffuse — d'aller voir ce qui se passe du côté du duodénum.

L'intervention a été pratiquée sept heures après la perforation. Nous admettons, en effet, que dans les trois premiers jours, malgré des douleurs assez vives, il n'y avait pas encore de perforation. On ne peut même pas dire qu'il y ait eu un travail de péritonite localisée, puisque nous n'avons trouvé aucune trace de celle-ci. Grâce à la précocité de l'intervention, le péritoine ne montrait encore aucune apparence de réaction et le liquide qui s'écoulait d'entre les anses semblait constitué presque uniquement par les résidus alimentaires et les sécrétions intestinales. Le liquide était surtout abondant du côté du cul-de-sac de Douglas, où il est conduit en suivant le côlon ascendant et le feuillet droit du mésentère.

Les difficultés que nous avons eues à pratiquer la fermeture auraient été bien moindres si nous avions disposé d'une valve ; l'incision médiane suffit en effet

pour aborder même la portion fixe du duodénum. Nous avons dû passer des points à un centimètre environ des bords de la perforation. Le passage de chacun des points entraînait un saignement assez abondant qui s'arrêta par le simple enfouissement : l'un des points superficiels perfora malheureusement une petite artère qu'il fallut reprendre pour arrêter l'hémorragie.

Nous n'avons même pas songé à faire de résection, non seulement à cause des difficultés qu'aurait entraînées la profondeur du champ opératoire, mais surtout parce que notre suture nous a permis une oblitération très complète, malgré la friabilité de la paroi.

Il n'a pas été pratiqué de lavage du péritoine, mais une simple toilette au moyen de compresses imbibées de sérum. Ce lavage nous a paru d'autant moins indiqué qu'il n'y avait pas encore — nous l'avons dit — de péritonite.

Faisons remarquer que l'anesthésie au chloroforme n'a pas semblé nuire à notre malade, bien que Bevan (de Chicago) considère dans certaines observations le chloroforme comme responsable des décès.

Pendant les jours suivants, le sérum à haute dose, l'huile camphrée ont certainement contribué pour une large part à la guérison.

Des injections de morphine durent être pratiquées pour calmer l'excitation extrême du malade, excitation qu'il faut peut-être attribuer aux injections répétées de sérum. Si nous insistons sur l'emploi de la morphine, c'est qu'elle a été condamnée récemment par Deaver (de Philadelphie).

Pendant les suites opératoires, le malade est resté comme d'ordinaire dans le décubitus dorsal. Peut-être la position demi-assise de Fowler eût-elle hâté la guérison ?

Notre malade a passé du 5e au 8e jour par une phase extrêmement grave : un lavage d'estomac n'avait pas arrêté les vomissements ; le pouls atteignit 150, le ballonnement augmentait et devenait très considérable : la crise fut jugée par une abondante débâcle de gaz, à la suite de laquelle les vomissements cessèrent, le pouls redevint plus lent et bien frappé.

Quant au drainage, il a été, de toute évidence, très insuffisant : malgré des aspirations quotidiennes faites dans les drains longs de vingt centimètres environ, aspiration qui n'amenait d'ailleurs que fort peu de liquides, le malade faisait une rétention de produits septiques que traduisait son élévation persistante de température. Un lavage fait dans le drain supérieur ne donna pas de résultat. L'ablation des drains faite les douzième et treizième jours ne peut donc être qualifiée de prématurée, puisque ces drains (de caoutchouc) ne remplissaient que si imparfaitement leur rôle. Malgré la longueur du drain sous-hépatique, malgré les orifices dont il était perforé, il s'est formé à ce niveau chez notre malade un abcès qui finit par s'ouvrir spontanément, un mois après l'intervention. Dès ce moment la température tomba et la guérison du malade s'acheva rapidement. Le malade de Dunn (1896) eut comme le nôtre un abcès sous-diaphragmatique tardif qui s'ouvrit spontanément.

Nous attribuons le succès obtenu non seulement à la jeunesse et à la résistance du malade, mais surtout à ce que l'intervention a pu être pratiquée d'assez bonne heure après la perforation, c'est-à-dire au bout de sept heures environ. Les résultats dans les opérations pour perforation d'ulcère duodénal sont en effet plus mauvais en général que ceux obtenus dans les perforations d'ulcère gastrique bien que dans les statistiques récentes les auteurs les réunissent dans un groupe commun. Si nous nous reportons à la statistique déjà plus ancienne de Pagenstecher, qui date de 1903, nous trouvons que sur 28 cas d'ulcères du duodénum perforés, l'orifice n'a été découvert que douze fois et la guérison obtenue quatre fois seulement, soit dans 14,3 %, ce qui est certainement inférieur aux résultats publiés à la même époque, concernant les perforations de l'estomac.

5 novembre 1908. — Nous revoyons le malade en très bon état général. Il suit encore un régime alimentaire ; il ressent par intervalles de légères douleurs dans la région gastrique ; néanmoins l'appétit est excellent. La cicatrice médiane présente une longueur de 15 cm. Les muscles droits sont séparés l'un de l'autre dans presque toute leur étendue ; le malade porte une ceinture qui lui permet actuellement de vaquer à toutes ses occupations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

LES SPORTS D'HIVER

Le patinage, le ski, les traineaux.

Si nous faisions du sport ! Non pas du sport de polémique rétrospective, en attisant, à propos du passé, de saintes colères médico-prolétariennes (nous sommes en accalmie relative, et sans doute à l'avant-veille d'une confraternelle et cordiale entente), mais faisons du sport de détente, en glissant ou volant par la pensée, sur la glace ou sur la neige, pour y goûter la griserie du vertige et les douceurs de l'oubli.

Le PATINAGE sur glace naturelle est évidemment d'origine septentrionale. En Laponie, chacun sait patiner ; en Norvège, c'est de l'exercice militaire : en Ecosse, le Club des patineurs d'Edimbourg est des plus renommés. Mais ne croyons pas que ce sport soit tout spécial aux régions du nord. La neige est plutôt un obstacle, et les trop bons Parisiens viennent de l'éprouver, non seulement en pataugeant dans leur Capitale aussi malpropre que Pékin, mais parce que, malgré les grands froids, la neige n'a pas permis une épaisseur de glace suffisante, pour que nos patineurs puissent être autorisés à sillonner de « trois », de « huit », de « serpentins », de « boucles », de « loupes », de « coupés », de « spirales », etc., les lacs des bois de Boulogne ou de Vincennes.

A Saint-Pétersbourg, ce n'est pas tant sur la Néva qu'on patine, car la glace des cours d'eau se montre le plus souvent rugueuse et impropre ; mais c'est plutôt sur les lacs, sur les étangs sur les bassins artificiels. De plus, les nuits sont longues dans les pays du nord, l'atmosphère y est humide et brumeuse ; aussi les charmes du patinage trouvent-ils facilement accueil en des climats plus doux ; en Allemagne, en Hollande, en Suisse, à Vienne, à Paris, et même à Madrid.

En France, ce n'est guère qu'au XVIIIe siècle (1) que le patinage devint en vogue. Sous Louis XVI, nous assistons à de grandes fêtes présidées par Marie-Antoinette sur les bassins de Versailles, et sous le second Empire nous

(1) Le premier livre paru en France sur le patinage est de GARCIN (1813) : *Le vrai patineur ou principes sur l'Art de patiner avec grâce.*

sommes éblouis par des féeries nocturnes dont la scène est le lac glacé de Longchamps (1).

L'ancien patinage était plutôt comme une danse ; les bras se mouvaient davantage que les pieds, pour figurer des allures de Courtisan, de Nymphe, de Renommée, de Vénus, d'Apollon, d'Adonis, de tourtereaux, etc. Au contraire, le patinage moderne est essentiellement un sport d'équilibre : qu'on chausse le patin à lame ou le *patin à roulettes* (skatling), seuls les membres inférieurs sont en jeu : dans l'attitude classique, les bras doivent rester pendants (2).

Hygiéniquement, le patinage vaut surtout par le milieu qui lui convient : l'air pur et froid, le *grand air*, en plaine ou en altitude. *Physiologiquement*, le patinage met en jeu les articulations des membres inférieurs et du bassin, ainsi que les muscles extenseurs des jambes et de la colonne vertébrale. Le tronc ne bénéficie des sports d'équilibre qu'accessoirement, et qu'autant qu'il a été méthodiquement développé par la gymnastique méthodique suédoise (Philippe Tissié) (3) ; ce qui explique la souplesse prépondérante des Suédois, dans tous les sports d'hiver ou d'été. Le maximum de capacité respiratoire (emmagasinement pulmonaire) est obtenu par le patinage de vitesse, surtout par le *patinage à la voile*, qui permet de dévorer plus de 100 kilomètres à l'heure. Mais ce n'est plus du sport d'agrément; ce peut être le surmenage et la mort, pour des cœurs et des poumons non préparés.

***

Supérieure au patinage est la marche ou la course au Ski. Ce n'est plus un sport sur glace, mais sur neige, dont l'apprentissage est moins long. C'est Nansen qui l'a fait connaître par son voyage : *En ski à travers le Grœnland*, dans lequel livre il écrit (4) :

« Rien ne développe plus la vigueur des muscles, rien ne « rend le corps plus élastique et plus souple, rien ne donne plus « de sang-froid et d'adresse, rien ne fortifie autant la volonté, rien « ne tient l'esprit aussi frais et alerte, que l'exercice du ski ».

Le mot ski désigne lui-même le patin en bois, dont la forme varie suivant la destination, ainsi que le poids et la longueur, suivant que le «skieur» est de taille plus ou moins grande et pèse plus ou moins. On distingue deux types extrêmes : le *ski de plaine* ou ski finlandais, et le *ski de montagne* ou ski norvégien de Télémarken et de Christiania. L'un est plus long (2 m. 40, 3 mètres) ; l'autre ne doit pas dépasser 2 m. 20.

Avec le ski on parcourt les plaines et les champs, à 10 ou 21 kilomètres à l'heure. On peut gravir de hautes montagnes (5) et descendre des pentes rapides, sans cesse éveillé par la succession et la variété des sites, et sous les effets salutaires du plein soleil des hautes montagnes. Il s'agit pourtant moins d'un sport d'agrément que d'un moyen de locomotion, lequel, dans la Forêt-Noire par exemple, est utile aux médecins pour visiter leurs malades.

En France on a muni de ski nos chasseurs alpins (1), avec moins de persévérance toutefois et moins de conviction qu'en Italie, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, voire au Japon et en Australie. C'est grâce à l'initiative du Dr Payod, président du Club des sports alpins, que Chamonix est devenu le centre le plus important de l'exercice du ski en France.

Médicalement, le sport du ski l'emporte également sur le patinage. Il permet de faire de l'altitude, avec tous les bienfaits de l'alpinisme lorsque cet exercice est individuellement et convenablement dosé, mais aussi avec les dangers qui guettent les cardiaques et les artério-scléreux.

***

Terminons par des glissades sur ces traîneaux non attelés, qu'on distingue en : *luge*, *skeleton*, *tobbogan*, *bobsleigh*.

La LUGE est un petit traîneau suisse, destiné à deux personnes, et sur lequel on se laisse glisser le long des pentes sur neige ou glace, ou sur glace et neige. On gouverne à l'aide des pieds qui raclent la neige. Mais déjà on préfère à la LUGE DE DAVOS, en Suisse même, la LUGE CANADIENNE, sur laquelle on n'est plus assis, mais où l'on se couche à plat ventre, en dirigeant au moyen de deux courts bâtons ferrés et de souliers spéciaux armés d'une plaque en tôle, dentée en râteau.

La luge canadienne est meilleure pour la course que le type de Davos, mais combien plus rapide est le SKELETON, dont le siège très rembourré se trouve fixé très en arrière !

Le TOBBOGAN et le BOBSLEIGH sont des traîneaux très plats, d'origine américaine l'un et l'autre, tout comme la luge canadienne et le skeleton. Les deux sont destinés aux grandes vitesses : 50 kilom. à l'heure, et même 70 k., en pente droite ! Le tobogganiste s'assied ou se couche à plat ventre, en se cramponnant aux poignées latérales et dirigeant avec les pieds restés libres. Quant au bobsleigh, qu'on nomme encore «bob», tout court, c'est un toboggan à 4 ou 6 personnes (2), lesquelles s'installent à la file, en s'imbriquant les unes dans les autres, pour raser la terre en volant comme en aéroplane. Le tobbogan et le bobsleigh sont des aéroplanes en puissance.

Ces sports de glissades sont de bons exercices respiratoires et psychiques. Ils apprennent à emmagasiner de l'air et à fixer l'attention pour des décisions promptes.

Mais que nous voici loin du concours d'admissibilité à l'agrégation ! CORNET

N. B. — Nous recevons en dernière heure une réponse de notre collaborateur le Dr J. NOIR, à l'article du Dr MILIAN (3), réponse que nous nous empressons d'insérer plus loin, à la rubrique « Correspondance », page 29.

Nous formons des vœux de nouvel an, pour que, les arguments du pour et du contre ayant été largement exposés aux lecteurs du *Progrès médical*, la discussion sur une même question aujourd'hui très connue ne se prolonge pas démesurément.

(1) DENEY. — *Traité du patinage*, chez Delarue, Paris.

(2) *Les sports d'hiver en Suisse*, 1906-07, chez Attinger, frères, à Neufchâtel.

(3) Dr Philippe TISSIÉ (de Pau). — Jeux et sports en Thérapeutique, in *Bibliothèque Gilbert et Carnot*, 1909, p. 111 (vol. *Physiothérapie*).

(4) Cité par le Dr M. PAULCKE, in *Manuel du Ski*, traduit de l'Allemand par Achard chez Berger-Levrault, Paris, 1905.

(5) On est allé avec le ski, par maints détours il est vrai, jusqu'au Mont-Rose, à 4200 m. (en 1898). et au Mont-Blanc (en 1904), jusqu'à la cabane Vallot (D'après Plaucke, *loc. cit.*). De même il est des audacieux qui se font traîner en ski par un cheval rapide : c'est le *ski-Kjoring*.

(1) Voir l'*Illustration* de 1902 p. 154 et du 13 janvier 1905.

(2) Le bob a environ 3 mètres de long et pèse à lui seul 100 ou 150 kilog.

(3) Voir le dernier numéro, p. 5 et 6. *Le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens et le concours pour l'admissibilité à l'Agrégation*, par G. MILIAN.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement du phimosis et du paraphimosis ;

Par **R. CHÉNIER**
Interne des Hôpitaux de Paris.

Petites interventions faciles, et dont les indications doivent être assez largement étendues. Si l'enfant apprécie moins directement que l'adulte les inconvénients du phimosis, cette malformation est, cependant, souvent le point de départ de réflexes multiples qui disparaissent avec elle. En particulier la circoncision guérit assez souvent des incontinences d'urine en apparence essentielles. Quant au paraphimosis, il doit être opéré d'urgence. Abandonné à lui-même, il ne peut qu'aboutir au sphacèle du prépuce, processus de guérison spontanée, il est vrai, mais trop aléatoire pour ne pas lui préférer une intervention sans gravité.

L'opération peut se pratiquer à tous les âges, mais en ratique, on n'opère guère avant quatre à cinq ans.

Asepsie : Elle sera aussi soigneuse que possible ; il est d'ailleurs difficile de bien nettoyer le sillon balano-préputial.

Aides : L'emploi d'aiguilles sans manches (aiguilles de conturière ou autres) dispense d'aide. Celui-ci n'est utile que pour présenter les fils si l'on se sert de l'aiguille de Reverdin.

Anesthésie : L'anesthésie générale n'est indiquée que chez l'enfant. Chez l'adulte et l'adolescent raisonnables, la cocaïne suffit ; on l'emploie au 1/200.

a) L'injection directe dans le prépuce est facile, mais entraîne un œdème artificiel qui gêne l'opération.

b) On évite cet inconvénient en injectant la cocaïne à distance, par le procédé dit « de la bague de cocaïne ». L'aiguille est introduite sous la peau de la verge, non loin de sa racine ; on l'enfonce progressivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et l'on enfonce le piston à mesure que l'aiguille avance. Quand la seringue est vide, on la recharge. Quand, après avoir parcouru environ le quart de la circonférence de la verge, l'aiguille ne peut plus progresser, on la retire, et on repart de la limite de l'injection précédente; on fait ainsi le tour de la verge. Grâce à l'emploi d'une solution de titre faible, six à huit centimètres cubes de liquide ne représentent que trois à quatre centigrammes de cocaïne, dose inoffensive pour un adulte.

La dose nécessaire est naturellement moins forte chez l'enfant.

Outre cette bague de cocaïne, il est encore utile de faire une série d'injections (trois à quatre centimètres cubes) en arrière de la racine du gland, en enfonçant l'aiguille au contact immédiat de l'enveloppe du corps caverneux.

Traitement du phimosis : a) *Libération des adhérences balano-préputiales* : Les adhérences congénitales, presque constantes dans le phimosis, cèdent le plus souvent sans difficulté en introduisant la sonde cannelée entre le gland et le prépuce pendant qu'on rétracte légèrement celui-ci. Les adhérences cicatricielles, reliquat d'une ancienne balano-posthite, sont plus résistantes ; il faut parfois employer les ciseaux.

Dans ce cas, la libération du gland sera très prudente, on avancera à petits coups, millimètre par millimètre, en voyant constamment ce que l'on fait.

b) *Traitement du prépuce* : 1° On a abandonné à peu près complètement l'incision dorsale simple ; elle ne remédie qu'à l'étroitesse de l'orifice préputial sans agir sur l'excès de longueur du prépuce, et ses bords forment deux cornes disgracieuses, qui,il est vrai, s'atténuent légèrement avec l'âge.

2) On résèque habituellement le prépuce :

Pour cela, on peut, après avoir fait l'incision dorsale précédente, tendre le prépuce et le sectionner en laissant autour de la racine du gland une collerette de muqueuse suffisante pour les sutures,puis on réunit la tranche cutanée et la tranche muqueuse avec quelques crins ou quelques catguts.

Mais il est plus simple de faire d'emblée la résection du prépuce suivant la technique réglée par Duplay ; on place deux pinces de Kocher sur les bords de l'orifice préputial exactement au point où se réunissent la peau et la muqueuse.

A l'aide de ces pinces, mais sans exercer une trop forte traction, on tend modérément le prépuce, puis on l'enserre entre les mors d'une autre pince de Kocher placée obliquement en bas et en avant, un peu au-devant de l'extrémité du gland. Cette pince ne doit pas être trop oblique ; par suite de la plus grande rétractilité de la peau de la face supérieure de la verge, c'est toujours en bas, au voisinage du frein, que l'on laisse trop de tissu.

Au ras de la pince et en arrière d'elle, avec le bistouri et non pas avec les ciseaux, on sectionne le prépuce en évitant de blesser le gland.

La peau, très mobile, se rétracte beaucoup, la muqueuse se rétracte peu. D'un coup de ciseaux on fend celle-ci sur la face dorsale, et on abat successivement les deux cornes ainsi formées, on pince et on lie ce qui saigne, et, on fait les sutures. Si l'on a peu l'habitude de celles-ci, il est commode de placer d'abord les deux points supérieur et inférieur, puis deux points latéraux, puis les points intermédiaires,en se servant des fils déjà placés pour tendre et étaler les tranches de section. Mais si l'on est sûr de pouvoir faire un bon affrontement, on gagne un temps appréciable en faisant un surjet à joints passés.

Tous les fils à suture peuvent être employés, mais les fils non résorbables sont quelquefois un peu difficiles à enlever, à cause de l'œdème qui suit l'opération ; aussi est-il commode d'employer un catget fin qui se résorbe spontanément.

c) *Allongement du frein* : Temps complémentaire souvent utile :

Perpendiculairement au frein, on fait avec la pointe du bistouri une incision assez longue pour faire disparaître l'innervation du gland lorsque le prépuce est rétracté au maximum, on met une ligature sur l'artère du frein, toujours intéressée, et l'on suture longitudinalement l'incision.

d) *Soins consécutifs* : Le pansement est difficile à maintenir, il est en outre souvent souillé d'urine. Il faut donc que le malade ou son entourage le renouvellent plusieurs fois par jour.

On peut tenter d'employer les pansements adhésifs et d'enrouler autour des sutures une étroite bande de gaze imbibée de gélatine de Unna ou de stérésol, mais ces produits donnent rarement complète satisfaction.

e) *Accidents et complications* :

L'hémorrhagie post-opératoire n'est jamais abondante si l'hémostase a été bien faite. Si cependant une ligature lâche et si un hématome se forme, faites sauter quelques points de sutures, évacuez les caillots, liez ce qui saigne, après quoi vous referez les sutures.

L'infection vraie, grave, s'évite en prenant les précautions d'antisepsie ordinaire ; mais on évite difficilement un peu de rougeur et un léger écoulement de sérosité au niveau des points de suture. Il n'en résulte d'ailleurs aucun inconvénient sérieux.

Traitement du paraphimosis.

L'agent de l'étranglement dans le paraphimosis est constitué par un anneau fibreux normalement peu extensible, répondant à la circonférence de l'orifice préputial.

C'est cet anneau qu'il faut ramener en avant du gland, ou sectionner.

a) Réduction manuelle : avec beaucoup de douceur, on

déprime progressivement le gland, en cherchant à faire glisser sur lui l'anneau fibreux du prépuce. On échoue parfois, surtout dans des cas datant déjà de quelques jours. Il faut alors recourir sans hésiter à l'intervention sanglante ;

b) Incision dorsale du prépuce : après savonnage aussi soigneux que possible de la région, on glisse entre le gland et le prépuce une sonde cannelée, et le bistouri glissant sur cet instrument sectionne le prépuce et avec lui l'anneau fibreux. Avec quelques compresses, on arrête rapidement la petite hémorrhagie qu'entraîne cette section. Telle est l'opération minima qu'il faut toujours faire et que l'on peut faire partout, fût-ce avec des instruments de fortune; mais si l'on peut faire mieux, cela n'en vant que mieux ;

c) Ayant libéré le gland, on examine le prépuce, toujours très déformé par l'œdème, on nettoie le sillon balano-préputial, et, en quelques coups de ciseaux on détache le prépuce près de son insertion ; après quoi l'on suture ;

d) On arrive au même résultat sans incision dorsale préalable en employant le procédé de Legueu :

L'anneau constricteur est toujours situé au fond d'un profond sillon compris entre deux bourrelets de tissu cellulaire œdématié, recouverts, l'antérieur par la muqueuse préputiale, le postérieur, par la peau du prépuce rétractée. Sur ces deux bourrelets, on mène deux incisions circulaires se rejoignant au voisinage du frein ; on sectionne complètement peau et muqueuse sans craindre d'aller trop loin, l'œdème protège les parties profondes ; et l'on enlève une sorte de croissant, de peau de quartier d'orange, qui n'est autre que le prépuce étalé. On enlève assez largement aux ciseaux la muqueuse de la région du frein, très œdématiée qui forme un jabot disgracieux, et l'on suture.

Rappelons, pour terminer, que l'existence d'un phimosis imprime des caractères spéciaux aux infections primitives du gland (balanites), ainsi qu'aux localisations génitales de certaines maladies générales (chancre syphilitique de la rainure balano-préputiale ; diabétides) et l'on a proposé la circoncision comme traitement préventif du phagédénisme.

Il est bien certain que l'existence d'un phimosis serré facilite grandement le développement des infections secondaires, en rendant difficile le nettoyage de la région ; mais aussi l'existence d'une infection locale, ou d'une diathèse telle que le diabète, créent des conditions de terrains médiocres, au point de vue chirurgical.

Par des lavages fréquents et soigneux, on tentera donc d'éviter l'intervention sanglante ; mais si celle-ci devient nécessaire, on la fera sans hésiter, en réduisant, il est vrai, l'acte opératoire à l'indispensable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1908.

Obsèques de M. Blache, membre de l'Académie. — M. *Lereboullet* donne lecture du discours prononcé à cette occasion.

Résultats éloignés de la prothèse nasale par les injections de paraffine froide ramollie sous pression. — M. *Lagarde* présente une série de moulages et de photographies montrant la supériorité de ce moyen de prothèse, qu'il s'agisse de rhinite atrophique ou de difformité nasale.

Signe de la toux et de la voix lointaines dans le diagnostic des compressions bronchiques. — M. *Martin du Magny* (de Bordeaux) considère ce signe comme pathognomonique.

Le malade est assis. S'il s'agit d'un enfant, on profite de la toux, des cris ; s'il s'agit d'un adulte, on lui fait répéter le chiffre 333. On ausculte la partie postérieure du thorax, portant alternativement l'oreille au sommet et à la base. Au sommet, le bruit de la voix et de la toux est sous l'oreille ; à la base, il semble lointain. L'éloignement est d'autant plus marqué que la compression bronchique est plus intense.

S'agit-il de lésion unilatérale ? le côté comprimé est d'emblée reconnu. La compression est-elle bilatérale ? il est facile de reconnaître le côté ou la compression est la plus forte.

Ce signe est très précoce et se rencontre dans toutes les compressions des bronches, quelle qu'en soit la cause.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 18 décembre.

Réaction méningée au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone.—MM. *Legry* et *Duvoir* ont étudié sur un intoxiqué le liquide céphalorachidien par ponctions en série. La première ponction, faite moins de trois heures après l'intoxication, leur a montré un peu de sang et des leucocytes en proportion élevée. Dès le lendemain il y avait polynucléose abondante, qui fit place à une mononucléose mixte et enfin à une lymphocytose fugace. Au point de vue clinique, contracture, exagérations des réflexes, Kiernig ébauché. Les auteurs pensent que certains des troubles nerveux constatés après intoxication oxycarbonée doivent être mis sur le compte de la réaction méningée.

Pseudotympanisme par refoulement.— MM. *Rénon et Moncany* ont observé un pseudotympanisme au cours de crises abdominales très douloureuses chez deux malades névropathes. Ils ont pu constater l'absence complète de gaz et ils se demandent si les tympanites hystériques ne reconnaîtraient pas la même origine, c'est-à-dire le refoulement intestinal par un diaphragme contracté. De même il se pourrait que les états douloureux abdominaux s'accompagnent de tympanisme par le même processus, par exemple dans la colique de plomb et les traumatismes péritonéaux.

Pachyméningites hémorrhagiques. Ponction lombaire, injection de gélatine, guérison. — M. *Legry* rapporte cette observation intéressante au point de vue diagnostique et thérapeutique: la ponction lombaire permet de déceler le sang dans le liquide céphalorachidien ; deux injections de solution de gélatine (150 gr. de sérum phys. + 1 gr.50 de gélatine) ont amené une amélioration sensible de l'état torpide et des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes.

Réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques. du foie. — MM. *Laubry* et *Parvie* ont pu établir dans trois cas un diagnostic exact par la réaction de fixation (Bordet-Gengou). soit en faveur d'un kyste, soit contre le kyste. Ils considèrent la réaction comme spécifique et la préfèrent à la ponction, souvent dangereuse. L'inconvénient de la méthode, technique minutieuse et longue, n'infirme pas sa valeur clinique.

M. *Vaquez* signale l'importance pratique de cette communication et M. *Chauffard*, considère la réaction de fixation plus sûre que la réaction des précipitines.

Méningite cérébro-spinale suppurée à streptocoques d'origine otique au cours de la scarlatine. — MM. *Gouget* et *Bénard* rapportent ce cas minutieusement étudié au point de vue clinique, anatomique et cytobactériologique.

Influence des obstructions nasales sur les phénomènes inspiratoires. — MM. *Lemoine* et *Sieur* (Val-de-Grâce) ont examiné 54 sujets atteints d'obstruction nasale et ont trouvé chez 22 une diminution d'intensité respiratoire au niveau de la fosse sous-claviculaire. Il leur semble que la diminution siège de préférence du côté correspondant à l'obstruction. L'amélioration de la respiration nasale a amélioré également la respiration pulmonaire. L'anomalie respiratoire d'un sommet peut donc reconnaître comme cause un état pathologique des voies respiratoires supérieures, et on doit toujours faire un examen des fosses nasales avant de se prononcer.

Méningite cérébro-spinale à streptocoques au cours de la scarlatine. — MM. *Tessier, Baudon* et *Duvoir* ont observé ce cas au

décours d'une scarlatine sans trouver à l'autopsie aucune lésion auriculaire. Il y a donc eu probablement septicémie streptococcique au cours de la scarlatine, fait assez rare. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 21 décembre 1908. Présidence de M. MAGNAN.

Compte rendu analytique.

1° **Trois cas de psychose polynévritique. Présentation de malades.** — M. ***Lwoff*** présente trois malades atteintes de psychose polynévritique.

Chez deux malades il s'agit d'une psychose polynévritique type : paralysie prédominante sur les extenseurs, altération de la sensibilité tactile, douleurs spontanées et provoquées par la palpation des masses musculaires, abolition des réflexes.

Au point de vue mental, on note un contraste net entre la confusion mentale avec désorientation, amnésie, fabulation, fausses reconnaissances, et la conservation relative des souvenirs anciens, de l'attention volontaire et du jugement en ce qui concerne la vie passée.

La troisième malade présentait à son entrée à l'asile l'aspect clinique de la paralysie générale à un stade avancé : état contusionnel, apathie, accrocs de la parole, inégalité pupillaire, eschares, cachexie et impotence fonctionnelle des membres inférieurs. La guérison est survenue au bout de quelques mois.

M. ***Vigouroux***, à propos de la 1re des deux malades présentées, fait remarquer que la polynévrite paraît presque complètement guérie si elle existe encore, alors que la confusion mentale est encore entièrement marquée. Il demande si la polynévrite et les troubles mentaux sont apparus en même temps.

Cette question a son importance, car de nombreux malades intoxiqués présentent un état mental analogue sans avoir de polynévrite et de nombreux polynévritiques n'ont pas de troubles mentaux,

M. ***Trénel*** rappelle que les troubles décrits par Korrakoff avaient trait à des polynévrites d'origine puerpérale et non d'origine alcoolique.

2° **Hémi-athétose familiale croisée chez une débile persécutée. Présentation de malade.** — M. Marcel ***Briand*** présente une femme de 49 ans prise d'athétose à l'âge de 6 mois, consécutivement à des accidents convulsifs. Un frère et une sœur sont depuis l'enfance atteints de la même maladie, ce qui pourrait faire penser dans le cas actuel à la chorée d'Huntington.

Les mouvements de reptation sont beaucoup plus accusés dans le bras gauche, dans la face et dans le pied droit. Ils cessent pendant le sommeil et s'exagèrent à l'occasion des gestes intentionnels.

L'athétose a beaucoup augmenté depuis une maladie grave faite par le sujet il y a cinq ans.

C'est à cette même époque que se sont montrées des idées de persécution ; la malade croit que sa famille l'électrise et interprète ses troubles moteurs dans le sens de son délire : ce sont ses ennemis qui l'obligent à remuer continuellement.

On retrouve chez elle l'aplatissement du crâne signalé par Hammond dans la première description qui ait été donnée du syndrome et qui fait ressembler ces malades aux Indiens à tête plate.

M. ***Colin*** fait remarquer que les mouvements sont nettement athétosiformes et nettement choréiformes.

M. ***Trénel*** dit que l'âge de début différencie ce cas de la chorée d'Huntington dont seul le rapprocherait son caractère familial.

7° **Présentation de pièces.** — MM. ***Marie*** et ***Bourilhet*** présentent des pièces provenant d'un malade traité à plusieurs reprises pour délire hypocondriaque considéré comme consécutif à une tuberculose des voies génitales.

L'autopsie a montré qu'il avait succombé aux suites lontaines d'une appendicite antérieure et à des complication de nature infectieuse (néphrite et périnéphrite, orchites, péritonite, tubercules caséeux et crétacés anciens des sommets).

Il s'agissait donc d'une hypocondrie en quelque sorte légitime par analogie avec les mélancolies *a miseria* de Lasègue.

L'intervention chirurgicale appliquée en temps utile avant l'intervention dernière eût peut-être ici, semble-t-il, été curative.

L'examen histologique des différents organes n'a permis de constater nulle part la présence de bacilles de Koch et de cellules géantes. Dr de CLERAMBAULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 décembre 1908.
Présidence de M. DIGNAT.

Résultats éloignés des prostatectomies. — M. ***Desnos***. — Les nouveaux et importants progrès de la technique des prostatectomies, quelle que soit la voie suivie, hyspogastrique ou périnéale ont écarté ou diminué les accidents ou les complications du début : la mortalité est très réduite ; l'incontinence persistante, les fistules périnéales, n'existent pour ainsi dire plus et la perte de la génitalité se voit rarement depuis que l'opération hypogastrique est communément suivie. De nombreux malades, dont l'opération remonte maintenant à près de 10 ans, restent guéris sans récidive locale et sans complication rénale. Ce résultat conduirait sûrement les chirurgiens à en étendre les indications opératoires au-delà de ce que permet le bons sens clinique : une petite rétention ne suffit pas, non plus que la simple constatation d'une hypertrophie de la prostate. Il faut, soit des accidents locaux graves, soit une atteinte des voies supérieures; or, même dans les cas où la rétention paraît bien supportée et ne provoque pas de troubles sérieux, le fonctionnement rénal peut être atteint ; aussi dans toute rétention, multipliera-t-on les moyens d'investigation de la fonction rénale, analyse d'urine bleu de méthylène, cystoscopie, et dès que cette fonction menace de faiblir, la prostatectomie est indiquée à bref délai.

M. ***Georges Luys*** est d'avis qu'il convient, au point de vue de la prostatectomie, d'insister sur 2 points :

1° Au point de vue de *l'indication de la prostatectomie*, tous les malades en rétention doivent être opérés, pourvu qu'ils ne soient pas cachectiques et que leur fonctionnement rénal soit suffisant.—Les malades soumis aux cathétérismes répétés sont tous en danger, une faute de sondage peut amener les plus graves complications. Il convient donc de les débarrasser le plus tôt possible de l'usage de la sonde et de leur proposer la prostatectomie.

2° Au point de vue *du choix de l'opération*, la prostatectomie transvésicale doit être préférée à la prostatectomie périnéale. La prostatectomie transvésicale permet d'enlever la prostate en entier et ne donne pas lieu à des récidives. Les résultats immédiats et éloignés permettent de comprendre l'enthousiasme sans réserve des malades prostatectotomisés.

M. ***Paul Reynier*** approuve les réserves que l'auteur a faites lorsqu'il s'agit de rechercher les indications de la prostatectomie. Toutefois étant donnée la bénignité de plus en plus grande de la prostatectomie hypogastrique d'après le procédé de Freyer et les résultats merveilleux qu'on en obtient, M. Paul Reynier croit qu'on peut, plus rapidement que ne le fait M. Desnos, proposer aux malades cette opération qui fait disparaître leur infirmité et les rend à la vie active. Lorsqu'un malade est réduit à se sonder pour vider sa vessie, quelques précautions que l'on prenne, on ne sait jamais quand et combien de temps ce cathétérisme sera sans danger. De plus, cet homme, quoi qu'on en dise, est un infirme, il ne peut continuer ses affaires avec la même activité, et s'il est encore jeune, il est certain que si on lui propose une opération qui peut le sauver de cet esclavage de la sonde il acceptera rapidement.

Pourquoi attendre les accidents quand on peut rendre un si grand service ? La meilleure preuve en est fournie par les médecins qui, en connaissance de cause, se sont fait prostatectomiser et qui sont devenus les plus chauds partisans de cette opération. On peut élargir beaucoup plus que ne l'a fait M. Desnos, les indications de cette prostatectomie hypogastrique qui doit, d'après l'avis de M. Paul Reynier, à l'heure actuelle, faire délaisser la prostatectomie périnéale dont les résultats pouvaient faire hésiter les opérateurs les plus déterminés.

*M. **Paul Guillon***.— Il est indispensable de préciser les indications classiques des prostatectomies. Ces opérations sont en

effet très utiles dans beaucoup de cas ; mais ces cas sont déterminés. Il y a des indications précises d'*état social* ou particulier. Il faut toujours se garder des engouements et des modes nouvelles ; c'est ainsi qu'on nuit aux meilleures opérations, en les voulant appliquer toujours et dans tous les cas.

En France, on s'est enthousiasmé au début pour la seule prostatectomie périnéale ; il est certain que la méthode de Freyer est reconnue aujourd'hui comme souvent préférable.

M. le Für est d'avis qu'il faut exposer très loyalement au malade les avantages du cathétérisme et de la protatectomie transvésicale, mais avec des idées fort différentes de ce qu'elles étaient autrefois : il faut en effet faire à ce sujet l'éducation du médecin et du malade, en leur montrant, par les cas opérés déjà nombreux, que la prostatectomie transvésicale est devenue beaucoup moins grave qu'autrefois, et en second lieu que les résultats définitifs sont constamment parfaits.

Renouvellement des tissus — Rajeunissement des fonctions.— M.. *Guelpa.* — Après avoir démontré que la maladie, résultat de la perturbation apportée dans un organisme soit par l'intoxication provoquée par les déchets organiques et leurs productions toxiques, déchets et intoxications affaiblissant la résistance cellulaire et rendant plus faciles les infections et intoxications exogènes, l'auteur déclare qu'il importe, pour rétablir l'état de santé, de faire éliminer au plus tôt par l'organisme ces déchets et produits toxiques. Il est donc nécessaire tout d'abord d'empêcher les intoxications exogènes produites par l'alimentation et les putréfactions intestinales. L'auteur recourt dans ce but au jeûne absolu. Il déclare que si ce moyen n'a pas encore la place qu'il mérite dans la thérapeutique, c'est qu'il est nécessaire de lui adjoindre la purgation répétée pour assurer le charriage et l'evacuation des produits journaliers des infections intestinales. Il a appliqué sa cure dans de nombreux cas, plus particulièrement chez des affectés de maladies de la nutrition : diabète. asthme, états congestifs généraux et pulmonaires, et les résultats ont été des plus brillants.

Les maisons de régime et les tables de régime. (Suite de la discussion). — ***M. Laussedat.***—Le travail de M. Dedet sur les tables de régime aboutit à l'impossibilité d'instituer, en méthode générale, les régimes de table d'hôte et conclut à la nécessité de la carte de régime prescrite par les médecins. C'est à ce résultat que la Société Médicale de Royat est arrivée après les essais infructueux de l'établissement des tables de régime, essais remontant à 1895. M. Laussedat a étudié cette carte avec Frédet et la Société Médicale qui l'a fait imprimer en deux colonnes pour les aliments permis et les aliments défendus sur lesquels on peut ajouter ou effacer.

Depuis 6 ans, M. Laussedat a insisté avec Heitz et Mougeot auprès des hôteliers sur la nécessité d'instituer un régime déchloruré absolu ou très restreint suivant les cas chez nos cardiopathes et artério-scléreux, rénaux ou simplement hypertendus. Le pain sans sel et le régime déchloruré sont d'un usage courant dans la plupart des hôtels de Royat.

M. Maurice Faure (de Lamalou) — Les maisons de régime et les tables de régime sont entrées dans les mœurs, sinon des stations et des médecins, du moins dans les mœurs des malades et nous ne pouvons éviter de les étudier et de les accepter Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une des formes de l'évolution qui tend à réunir les formes principales de thérapeutiques d'une affection déterminée dans un lieu unique et sous la direction d'un médecin responsable et compétent, ce qui donne au malade le maximum de facilités et de garanties.

Dr DUBAR.

CORRESPONDANCE

A propos du concours d'agrégation.

Je ne voudrais pas prolonger une discussion qui aurait toute l'apparence d'une polémique personnelle. Bien qu'en dise Milian, les membres du Comité de vigilance du Congrès des Praticiens sont loin de mener « une lutte déclarée contre tout ce qui s'élève », et la preuve. c'est que le but de leurs efforts est l'élévation du corps médical tout entier. Certes, j'ai pu écrire des articles qui manquent d'aménité pour des personnages officiels et il est probable que j'en écrirai bien d'autres encore. Mais pourquoi donc, quand nous défendons les revendications vraiment utiles à la profession, revendications que nous ne faisons pas passer au second plan, quoiqu'en dise Milian, rencontrons-nous toujours au premier rang de nos adversaires quelques gros personnages dits officiels, parmi lesquels, j'en suis sûr, nous ne trouverons jamais Milian ? S'agit-il du libre choix du médecin dans les accidents du travail, qui depuis dix ans nous oblige à une lutte de tous les instants contre les compagnies d'assurances, s'agit-il des expertises des notes d'honoraires et des expertises médico-légales, s'agit-il de l'application de la loi pour la protection de la santé publique, partout où l'intérêt, la dignité, l'indépendance du praticien sont en jeu, nous trouvons pour les attaquer, pour les diminuer, pour les détruire. d'encombrants personnages officiels qui jettent dans la balance administrative le poids de leurs titres, de leurs fonctions et de leurs grades ?

Si encore l'autorité de ces Maîtres confinait à l'infaillibilité ! Mais, hélas ! des scandales trop récents ont quelque peu dédoré ces idoles.

Les médecins syndiqués sont, je le répète, des gens raisonnables qui savent ce qu'ils veulent, et qui ont la *volonté* de l'obtenir. Trois mois avant la création du fameux certificat d'études médicales supérieures, ils avaient demandé à M. Briand. ministre de l'Instruction publique, la réforme des études médicales, parce qu'ils sont soucieux de l'avenir de leur profession. C'est leur droit.

Ils trouvent que le concours d'agrégation actuelle, avec ses basses intrigues, la désignation des élus d'avance et la préparation livresque qui oblige des jeunes gens de valeur à poursuivre jusqu'à 35 ou 40 ans de véritables baccalauréats, est un mauvais prélude a l'enseignement médical. Tout le monde a été d'accord sur ce point.

Pour enseigner la médecine, deux qualités sont nécessaires : la valeur scientifique et la valeur pédagogique.

Les travaux originaux du candidat peuvent faire la preuve de de la première. Des leçons d'esssai qu'un jury pourrait publiquement apprécier, suffiraient à montrer le degré de la seconde.

On m'objectera qu'il faut à tout professeur un minimum de connaissances générales. Ce minimum, tout docteur en médecine devrait le posséder ; sinon il n'y aurait pas de raison pour ne pas prolonger toute la vie l'enseignement primaire.

Il ne faut pas parler avec ironie des « préposés à la vigilance du Congrès des Praticiens », il y a 10 ans, les médecins syndiqués ne dépassaient pas 3.000. Ils sont actuellement plus de 10.000, dont 7.000 sont étroitement unis en une Fédération : l'Union des Syndicats médicaux de France (1). Ceux qui ne sont pas fédérés agissent en parfait accord avec l'Union, et le Corps Médical ainsi organisé est une puissance. Il l'a déjà prouvé et le prouvera encore.

Loin d'être les ennemis de tout ce qui s'elève, les médecins syndiqués ne demandent qu'à accueillir dans leurs rangs les hommes de science et de valeur et à écouter leurs conseils ; dans certaines villes même, la Faculté tout entière fait partie du Syndicat. Mais il ne faut pas croire pouvoir imposer aux médecins syndiqués le respect de la hiérarchie : libres et indépendants, sans ambition personnelle pour la grande majorité, ils ne jugent leurs confrères haut placés que par leur caractère et par leur valeur, surtout leur valeur morale.

(1) La seule agitation du Concours de l'agrégation a valu plus de 200 adhésions au Syndicat des médecins de la Seine.

Quant à ceux qui, dans un but intéressé ou par ambition, se mettent au travers de leur route, ce sont des transfuges de la profession médicale, des ennemis, et tant pis pour eux, si, dans la bataille, ils reçoivent les coups les plus violents (1).

J. Noir.

XXI[e] CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1908).

(*Suite*) (2)

II. Cavités osseuses tuberculeuses. — Les cavités osseuses d'origine tuberculeuse peuvent être de volume variable suivant que la tuberculose est limitée ou plus ou moins diffuse. On peut donc trouver tous les intermédiaires entre la petite dépression sous-chondrique et la grande perte de substance occupant tout le canal médullaire ou toute l'extrémité d'un os long. Dans les formes graves, la lésion se complique d'atrophie de l'os qui devient peu apte à la réparation.

Ici encore il y a 2 indications à remplir : désinfecter la cavité et ensuite la combler.

La désinfection est la pierre d'achoppement de tout le traitement, surtout dans les formes diffuses où l'évidement s'impose mais où il est difficile de savoir où on doit l'arrêter. Il faut compléter le nettoyage du foyer par des cautérisations physiques ou chimiques.

Dans l'oblitération, les méthodes ostéoplastiques ne trouvent guère ni leur emploi, puisque les os sont atrophiés.

L'autoplastie cutanée ne trouve pas non plus d'indication bien nette.

Au contraire, les cavités tuberculeuses avec leurs dimensions souvent faibles se prêtent très bien aux méthodes de remplissage. Il faut à ce point de vue distinguer entre les cavités osseuses isolées et les cavités ostéo-articulaires.

Dans le premier cas on a souvent de bons résultats bien que de petits abcès et l'élimination partielle du mélange ne soient pas rares.

Dans le second, le remplissage s'emploie comme complément d'une résection articulaire. Les résultats sont encore trop récents et les faits trop peu abondants pour qu'on puisse porter un jugement définitif sur cette méthode de Mosetig qui mérite d'être expérimentée sur une large échelle et qui semble être un véritable progrès.

III. Cavités néoplasiques. — Celles-ci sont spéciales en ce qu'elles sont naturellement aseptiques. Aussi le simple tamponnement dans ces cas d'ailleurs rares suffit souvent à produire des guérisons relativement rapides. Malgré cela des traitements plus perfectionnés, par la méthode ostéoplastique ou par la méthode de Mosetig semblent devoir hâter la guérison.

En résumé, la chirurgie des cavités osseuses a fait de grands progrès grâce à une désinfection plus complète qui a permis d'améliorer la condition de la réparation osseuse et même de tenter leur fermeture précoce. Avant de se prononcer nettement sur la valeur réelle des nombreux procédés employés, il faut laisser les faits se multiplier et les résultats vieillir.

Discussion.

Dr **Willems** (de Gand). — La réparation des cavités osseuses pathologiques par l'ostéoplastie et par les divers procédés de bourrage exigent la parfaite asepsie de la cavité, qui est très difficile à obtenir. Je n'aime pas d'ailleurs laisser des corps étrangers dans les tissus.

C'est pourquoi, à l'heure actuelle, j'emploie de préférence l'autoplastie cutanée pour combler les cavités osseuses. Je ne parle pas seulement de l'autoplastie par glissement, qui est souvent insuffisante, mais d'une méthode qui consiste à prendre des lambeaux sur des parties du corps éloignées du membre malade, mais faciles à en rapprocher. J'ai comblé ainsi des cavités du tibia par des lambeaux pris sur l'autre jambe, des cavités du fémur par des lambeaux empruntés à l'autre cuisse, des cavités de l'humérus par des lambeaux taillés dans la face latérale du thorax.

Pour que ces autoplasties cutanées sur surfaces osseuses réussissent, certaines conditions sont indispensables.

La cavité doit être désinfectée, mais une asepsie relative est ici suffisante. Les bords de la cavité doivent être abattus, de manière à transformer la cavité en une surface aussi régulière et aussi peu profonde que possible. Il suffit de laisser assez d'os pour éviter la fracture.

Il est inutile et même nuisible de racler la surface à recouvrir. Une surface couverte de bourgeons sains convient mieux pour l'autoplastie que la surface éburnée que laisserait le curettage en certains endroits.

Les lambeaux doivent être doublés de leur pannicule adipeux. Ils adhèrent d'autant mieux. S'ils sont pris de dimensions suffisantes, des moyens de fixation spéciaux sont inutiles.

Fréquemment, le succès n'est pas complet d'emblée, et il faut souvent recommencer. Mais on finit toujours par arriver au but et le résultat esthétique est excellent, en ce sens que la dépression primitive se nivelle dans la suite et que l'os redevient cylindrique.

Cette méthode, trop peu connue à mon sens, permet d'obtenir assez simplement la réparation des cavités osseuses.

M. **Tédenat** (de Montpellier). — Lorsque l'on curette une surface osseuse on s'aperçoit que l'asepsie parfaite est chose difficile à obtenir. La réparation des cavités osseuses dure un temps infini et on ne sait jamais d'avance comment cela se terminera. Lorsqu'il s'agit de petits os on obtient parfois un résultat assez rapide en faisant l'excision complète sous-périostée de l'os malade. L'os se refait assez vite. C'est donc une pratique recommandable dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, lorsque par exemple la nécrose de la diaphyse est totale.

Dans un cas de kyste hydatique du tibia, la cavité volumineuse, ayant été recouverte après lavage formolé par les téguments suturés, s'est fort bien réparée toute seule. Il est vrai que dans ce cas il n'y avait pas d'infection.

M. **Frœlich** (de Nancy). — Lorsqu'il est possible par un procédé quelconque, par l'aplanissement par exemple, de faire disparaître une cavité osseuse, la chose est excellente. Mais ce n'est pas toujours possible. Or dans ces cas le plombage, par la méthode de Mosetig-Morhof, est un procédé excellent et qui m'a donné de très bons résultats dans un cas de myxome par exemple.

Dans 2 cas d'ostéomyélite tibiale peu étendue, j'ai pu ainsi obtenir la suture immédiate après plombage.

Dans les grandes cavités ostéomyélitiques ouvertes, les résultats sont moins bons. Dans les tuberculoses fermées, dans 2 cas, j'ai pu après plombage obtenir la réunion par première intention. Ce plombage fournit donc un pansement qui peut souvent hâter la guérison.

M. **Moulonguet** (d'Amiens). — Dans le traitement des cavités osseuses pathologiques, l'ablation des parties malades, la désinfection complète, la distinction parfaite entre les parties malades et les parties saines sont autant de choses souvent délicates. Un point important, lorsque les cavités sont largement ouvertes, est le pansement et la manière dont on le pratique. On a trop tendance à bourrer l'os à l'aide de gaze. Ce bourrage a l'inconvénient de comprimer les bourgeons charnus et d'empêcher leur développement et celui plus grave de coller à ces bourgeons, de les faire saigner, de les arracher lorsqu'on veut enlever la gaze. Il est donc préférable de panser simplement à la gaze sans presser et même d'enduire celle-ci de vaseline ou de glycérine pour permettre

(1) Il nous eût été facile de répondre avec la même ironie aux quelques traits dont Milian a émaillé ses articles. Mais on nous les a si souvent servis qu'ils n'entament plus notre épiderme.

Nous savons que nous sommes d'affreux anarchistes, que les Syndicats médicaux fréquentent les bourses du travail et prennent les allures de la Confédération. C'est même fort inquiétant pour l'avenir. J. N.

(2) Voir le numéro 49 et les précédents.

à l'évolution des bourgeons charnus de se faire tranquillement.

MM. **Berard** et **Thevenot** (de Lyon) présentent 12 observations d'ostéomyélite, d'ostéite et d'ostéo-arthrite tuberculeuse aux cavités résiduelles obturées par le mélange plastique iodoformé de Mosetig.

Une première série de 13 cas anciens remonte à plus de 3 ans. Elle comprend : 9 ostéomyélites subaiguës ou chroniques avec cavités variant du volume d'une noix à celui d'une poire, 8 fois le résultat a été excellent, tant au point de vue de la rapidité de la cicatrisation que de l'absence de récidives (humérus, tibia, fémur) ; dans un cas d'ostéomyélite chronique du fémur, peut-être bacillaire, l'échec a été complet.

Quatre cas anciens d'ostéite ou ostéo-arthrite tuberculeuse traités par l'évidement et l'obturation en une seule séance telle que la préconise Mosetig, n'ont fourni qu'un succès complet pour une ostéite du tibia, un résultat satisfaisant pour un spina ventosa et deux échecs pour des ostéo-arthrites tibio-tarsiennes ayant nécessité l'astragalectomie.

Pour améliorer les résultats dans les cas d'ostéite et d'ostéo-arthrite bacillaires, les auteurs ont adopté plus récemment la technique de Fantino et Valan, de Vignard, qui opèrent en deux temps, préparent d'abord la cavité, l'aseptisent, l'assèchent, la tamponnent avec de la gaze imbibée d'eau oxygénée et ne la comblent que trois ou quatre jours après. Avec cette modification de technique, une deuxième série de 6 cas récents de lésions tuberculeuses semble avoir présenté des suites plus favorables. Et en tous cas, lorsque la guérison n'a pas été obtenue ainsi, le mélange plastique a constitué un élément d'obturation et de protection des parois de la cavité qui a facilité beaucoup la réparation de celle-ci et permis de réduire le nombre et l'importance des pansements.

M. **Princeteau** (de Bordeaux) a obtenu en général de bons résultats par l'aplanissement qui dans un cas lui donna une guérison très rapide.

Il a également tenté de hâter la guérison par la mobilisation des parois.

Dans la tuberculose quel que soit le procédé employé, on n'obtient pas en général de très bons résultats, en particulier dans le spina ventosa.

Une seule fois il a pu obtenir la réunion par première intention. Il s'agissait d'un cas de spina ventosa du tibia (comme le montrait nettement la radiographie) occupant la partie médiane de l'os, chez un enfant de 2 ans 1/2.

M. **Soubeyran** (de Montpellier). — Lorsque l'on pratique le nivellement de l'os, il faut conserver le plus possible de périoste et le laisser même doublé d'une légère lame osseuse que l'on appliquera ensuite dans la cavité osseuse.

Aux deux extrémités de la cavité on enlèvera avec soin la crête osseuse de manière à obtenir à ce niveau une pente douce.

Il ne faut pas craindre d'aller loin dans cet aplanissement : on peut parfaitement enlever les 2/3 de la paroi osseuse.

Ce nivellement doit être complété par la désinfection au thermocautère, à la teinture d'iode, à l'alcool.

En outre, je saupoudre la cavité de permanganate de potasse pulvérisé. L'ostéoplastie par inclinaison, qui consiste à tailler un lambeau ostéopériostique et à le laisser glisser dans la cavité m'a donné des résultats satisfaisants.

M. **Taillefer** (de Béziers) rapporte un cas d'ostéomyélite du tibia étendue jusqu'à la malléole interne, qui nécessita par conséquent l'ouverture de l'articulation tibio tarsienne, et qui a guéri sans raccourcissement et très vite. Il attribue ce résultat à la taille d'un large lambeau cutané, qu'il put rabattre sur la cavité osseuse largement évidée, désinfectée et bourrée de copeaux d'os décalcifiés, de manière à ce que la suture cutanée ne fût pas en regard de la cavité osseuse.

Cette cavité, longue de 22 cm., a été comblée en 35 jours sans la moindre dépression.

M. **Delangre** (de Tournai) constate que l'on ne peut encore être fixé sur les résultats éloignés de la méthode de substitution. Celle-ci consiste, après évidement, à obturer la cavité osseuse par le mélange de paraffine iodoformée fusible à 45°.

Après avoir exposé sa technique personnelle, l'auteur relate sept observations : les deux premiers cas, déjà mentionnés en 1907, ont trait à des cavités tuberculeuses occupant chez l un la face postérieure du cubitus, chez l'autre la partie moyenne du tibia ; les troisième et quatrième patients étaient atteints de spina ventosa frappant respectivement une phalange de la main droite et un métacarpien de la main gauche ; le cinquième cas se rapporte à une cavité tuberculeuse du grand trochanter droit ; le sixième sujet présentait aussi une lésion tuberculeuse mais localisée au métatarsien ; enfin le dernier était atteint d'une ostéomyélite du tibia. La réunion *per primam* a été obtenue chez ces malades, sauf le sujet de la seconde observation, où le mélange plastique a été à peu près éliminé. Les suites opératoires n'ont été anormales que chez le septième sujet où un œdème étendu à toute la jambe a persisté cinq à six semaines.

Comme on a vu d'autres substances provoquer la suppuration au bout de longs mois, l'auteur estime que l'on ne peut tirer de ces faits une conclusion définitive ; l'épreuve du temps est indispensable pour être fixé sur la valeur de la méthode.

M. **Raugé** (de Challes) attire l'attention sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à réopérer trop vite des malades atteints de mastoïdites et qui ont été opérés déjà par d'autres chirurgiens. Dans l'évidement petromastoïdien la guérison est toujours lente et cette lenteur augmente dans des proportions considérables dès qu'on augmente un peu la grandeur de la brèche osseuse. Or quand on voit la lenteur de ces guérisons et qu'on ignore ce qu'a fait le premier chirurgien on est souvent tenté de reprendre le ciseau et de perdre ainsi tout le bénéfice du gain déjà fait pour aller évider une mastoïdite qui l'est déjà. S'il est des choses qu'il faut savoir faire, il en est d'autres qu'il faut savoir éviter.

M. **Jouon** (de Nantes) apporte les résultats de 12 observations de cavités osseuses d'ostéomyélites chroniques. Dans un 1er cas en 1904, il obtint par la méthode de Mosetig une réunion par 1re intention dans une ostéomyélite du tibia. Mais 3 mois après une radiographie montra que la réparation osseuse n'était pas complète. Il chercha alors à obturer les cavités avec un mélange d'oxyde de zinc stérilisé et d'eugénol. Cette méthode a été employée dans 9 cas relatés dans la thèse d'Ortal (1907). Les malades ont guéri finalement, mais tous, sauf un, aprés élimination tardive du ciment.

L'auteur est alors revenu au mélange de M. M. qu'il a employé avec succès dans 3 nouveaux cas ; dans l'un d'eux cependant, il y eut une élimination assez importante de la pâte. Cette méthode d'obturation par un mélange antiseptique et résorbable constitue donc un grand progrès car elle met les cavités osseuses à l'abri de la réinfection qui cause tant de récidives désespérantes.

M. **Codet-Boisse** (de Bordeaux) a opéré 21 cas de cavités osseuses pathologiques par le plombage de Mosetig.

Ces observations se divisent en deux séries :

1° Ostéomyélite prolongée ;

2° Tuberculose osseuse.

Première série de quatre cas avec deux guérisons persistantes, une guérison opératoire avec fistule secondaire, un résultat douteux,

Deuxième série de 17 malades donnant 13 guérisons, une récidive légère, une amélioration, une fistule persistante, une mort par schock opératoire.

La méthode de Mosetig est parmi les plus utiles, et n'est pas dangereuse. Les réunions par première intention sont rares. Le plombage iodoformé agit surtout comme pansement interne facilitant la cicatrisation.

(*A suivre.*) Ch. Le Braz.



ANALYSES

Leucoplasie laryngée ; par Gaston Poyet, *Thèse Paris*, 1908. (O. Doin, éditeur.)

La localisation laryngée de la leucoplasie n'est pas décrite dans les traités classiques ; les quelques observations jusqu'ici publiées l'ont été sous des noms divers. L'auteur a eu le grand mérite, dans une thèse consciencieusement faite et élégamment présentée, d'être le premier à écrire un chapitre d'ensemble sur la question.

Il a pu rassembler 8 cas de leucoplasie laryngée. Cette lésion est rare dans le pharynx; plusieurs fois elle a été décrite sous les noms de *cornu laryngum*, *kératose circonscrite*, *pachydermie verruqueuse*.

En fait, ces dernières lésions paraissent présenter les caractères attribués aujourdhui à la *leucoplasie*, à savoir :

Sclérose du derme, kératose et hyperkératose de l'épithélium, enfin présence d'éléidine.

L'affection ne semble pas être toujours sous la dépendance de la syphilis ; par contre la fumée de tabac a sur son apparition une influence bien manifeste.

La *plaque des fumeurs* à siège laryngé peut intéresser l'épiglotte ou ses replis (1 cas) mais elle siège de préférence sur la partie antérieure des cordes vocales (7 cas).

A l'examen, la plaque de leucoplasie se présente dans le larynx sous le même aspect que la leucoplasie des autres muqueuses (coloration blanc éclatant, surface d'abord lisse, puis rugueuse et fendillée).

L'affection est généralement localisée au début : puis le processus s'étend « en tache d'huile » et se diffuse.

L'évolution de la leucoplasie laryngée est essentiellement lente et la transformation en épithélioma fréquente.

Sous l'influence d'une hygiène favorable (repos vocal) et d'un traitement approprié (attouchements avec un collutoire à la glycérine salicylée à 1/50) pulvérisation d'eaux alcalines, le processus leucoplasique est susceptible d'être enrayé et même de rétrocéder. A. Bourgeois.

Notes sur l'emploi de l'Isopral chez les aliénés ; par A. Vallet. (*Revue de Psychiatrie*, octobre 1908.)

Ce médicament paraît être un bon auxiliaire du chloral ; les malades le prennent sans difficulté ; il procure un sommeil tranquille et ne nous a paru présenter aucun inconvénient, car si une ou deux malades se sont plaintes de brûlure d'estomac, cela pourrait être évité en donnant l'Isopral sous forme de dragées dosées à 0 gr. 50.

L'Isopral n'a paru avoir aucune influence sur le pouls et la température, du moins aux doses employées. Il y a eu, en effet, des variations insignifiantes et qui n'etaient pas toujours de même sens; il n'y avait donc rien à conclure ; chez un pleurétique, par exemple, la température et le pouls étaient les mêmes avant et après l'Isopral.

Les doses employées de 0 gr. 25 à 0.50 sont un peu faibles ; on peut débuter sans crainte par 0 gr. 75 à 1 gramme. G. M.

BIBLIOGRAPHIE

Le cheval aliment ; par MM. les docteurs S. Bernheim et P. Rousseau. (1 volume de 224 pages. P. Rousset éditeur, Paris, 1908. Prix : 4 francs).

Tandis que d'autres poursuivent l'amélioration de la race chevaline en vue du sport et du trait, MM. Bernheim et Rousseau mènent une croisade active en faveur de la consommation de la viande de cheval. Reprenant les études de la documentation des Geoffroy-St-Hilaire, Descroix, etc., ces auteurs apportent d'autres et nouvelles raisons, les unes histochimiques, les autres sociales, qui militent en faveur de cette alimentation carnée. Les expériences poursuivies par MM. Bernheim et Rousseau démontrent tout d'abord la grande richesse nutritive de la viande équine. Les observations cliniques prouvent, en outre, que cette viande est parfaitement tolérée par les malades et qu'elle réussit merveilleusement bien chez la plupart des sujets dont l'organisme est en état de déchéance et particulièrement chez les tuberculeux. Quand les malades ne sont pas prévenus, quand ils ne se trouvent pas en état d'auto-suggestion, il n'y a jamais de répugnance ni de dégoût. A plus forte raison des êtres valides, bien portants, tolèrent fort bien la viande de cheval et la mangent avec goût et avec plaisir.

A notre époque d'automobilisme, où la traction rapide ou lente devient chaque jour plus automatique, le cheval, tout comme le bœuf, aura une tâche plus restreinte et on pourra à l'avenir faire de l'élevage équin en vue de l'alimentation. Car si MM. Bernheim et Rousseau estiment que la viande de cheval est excellente, riche en azote et en glycogène, d'un grand rendement nutritif, ils pensent aussi qu'il ne faut pas seulement abattre de vieux chevaux usés jusqu'à la moelle, mais des bêtes jeunes préparées à cet usage. De plus, la surveillance sanitaire des abattoirs hippophagiques doit être l'objet d'une surveillance sanitaire des plus strictes et des plus sévères.

Lorsque la boucherie hippophagique, qui a fait d'immenses progrès partout et particulièrement en France, pourra ainsi se pourvoir de bêtes élevées spécialement dans ce but, la viande de cheval ne sera plus seulement consommée dans les casernes, les prisons ou grandes collectivités, elle ne sera plus seulement le plat du déshérité, du travailleur, mais elle figurera encore dans le menu des gens selects. Et de fait, déjà aujourd'hui, beaucoup de familles aisées, appréciant les qualités de la viande de cheval qui ne renferme jamais aucun germe de tuberculose, de tœnia ou de trichine, ont adopté ce mode d'alimentation. Avec l'énorme consommation carnée de notre époque : l'hippophagie entrera fatalement dans nos mœurs et est appelée à un développement rapide et considérable.

Précis d'analyse biologique pathologique et clinique. *Urine. Sang, Liquides pathologiques, Lait, Digestion* ; par E. Barral, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, 1 vol. in-16 de 545 pages, avec 2 planches en couleur et 150 figures : 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce Précis a été écrit pour l'étudiant, le médecin praticien, le pharmacien chimiste. M. Barral s'est proposé de mettre entre leurs mains un manuel pratique leur permettant de résoudre avec compétence les problèmes d'analyse biologique reconnus aujourd'hui comme fondamentaux pour la clinique.

La médecine moderne retire les plus grands avantages des progrès de l'analyse biologique, dont la connaissance s'impose de plus en plus au praticien. Aussi l'étudiant doit-il être convaincu, dès le début de ses études, de la nécessité de connaître l'analyse biologique.

Au lit du malade ou dans son cabinet de consultation, le praticien peut être conduit à faire des recherches sommaires au moyen de réactions faciles et d'exécution rapide.

Généralement, les recherches d'analyse biologique ne doivent pas être demandées au médecin praticien, car les méthodes sont souvent d'exécution difficile, longue, parfois d'une technique trop délicate et surtout nécessitent l'outillage d'un laboratoire approprié. Mais si ces recherches incombent au pharmacien chimiste, elles doivent être connues du médecin pour que celui-ci puisse lui fournir dans de bonnes conditions les produits à examiner, attirer l'attention de son collaborateur sur la nature des recherches et des déterminations à effectuer.

De son côté, le pharmacien, tout désigné par ses études spéciales de chimie analytique pour les recherches précises du laboratoire, doit se tenir au courant des progrès incessants de l'analyse biologique.

Ce volume est consacré à l'analyse de l'urine, du sang, des liquides pathologiques, du lait et de la digestion.

Il complète les 4 volumes du même auteur parus précédemment, *Analyse chimique qualitative* (1 vol). *Analyse chimique quantitative* (2 vol). et *Analyse chimique biologique générale*.

Ces 5 volumes (à 6 fr. chacun) forment le traité le plus complet, le plus moderne et le plus clair d'analyse chimique. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Les kératites syphilitiques du lapin;

Par MM. les Docteurs

MILIAN et **ROUSSEL**

Médecin des hôpitaux. Médecin vétérinaire.

L'étude de la syphilis expérimentale était jusqu'à ces temps derniers réservée aux savants fortunés et aux laboratoires très riches, qui pouvaient user du chimpanzé (1) comme animal d'expériences.

Bertarelli (2) a mis l'expérimentation à la portée de tous en montrant que la syphilis était inoculable au lapin.

Nous avons pu étudier sur une trentaine de ces animaux les résultats de l'inoculation du tréponème.

Nous avons pu confirmer les recherches jusqu'ici publiées et établir en outre par nos recherches personnelles les formes cliniques des lésions oculaires qu'il est possible d'obtenir.

On sait, en effet, que, si le lapin est inoculable au *testicule* (Parodi (3), Hoffmann (4), exceptionnellement au *prépuce* (Levaditi et Yamanouchi) (5) ainsi qu'au *scrotum* (Ossola) (6), c'est surtout à la cornée que les inoculations peuvent être réalisées.

On les pratique de trois manières : en piquant la cornée avec une lancette chargée de virus, ou bien en scarifiant la cornée au niveau du limbe et badigeonnant les scarifications de produits syphilitiques, enfin en vidant par ponction la chambre antérieure et y introduisant le matériel d'inoculation.

Ce dernier procédé n'est pas très favorable, car souvent il amène la fonte purulente de l'œil.

Nous avons donc à décrire deux catégories de lésions :

1° Les kératites par inoculation cornéenne ;

2° Les lésions oculaires par inoculation dans la chambre antérieure.

Nous exposerons ensuite l'évolution de ces lésions, enfin les raisons qui démontrent leur nature syphilitique.

***

LÉSIONS SYPHILITIQUES EXPÉRIMENTALES DE L'ŒIL DU LAPIN

A) *Kératites par inoculations intra-cornéennes*

Les *kératites par piqûre* sont beaucoup plus caractéristiques que les kératites par scarification. Elles produisent généralement des lésions qui s'étendent excentriquement et par suite sont le plus souvent rondes, comme celles de la syphilis humaine. Il est bien rare que les lésions produites soient irrégulièrement répandues autour du point d'inoculation et produisent des lésions diffuses.

Les *kératites par scarifications* ne sont au contraire jamais régulières. Elles se propagent inégalement autour de la zone inoculée formant un nuage dont les contours ne sont pas nettement délimités.

On peut observer quatre variétés de kératites syphilitiques par inoculation intra-cornéenns : la *kératite ponctuée*, la *kératite chancriforme*, la *kératite diffuse*, la *kératite ulcéreuse*.

Avant tout, il faut dire que, surtout au début, ces kératites ne sont jamais intenses et ne sautent pas aux yeux. Il faut les rechercher avec attention et il peut se faire qu'elles passent inaperçues à un examen superficiel. Il est nécessaire d'examiner avec le plus grand soin l'œil suspecté, en écartant soigneusement les deux paupières supérieure et inférieure de l'animal, ainsi que la membrane clignotante si développée chez le lapin et qui vient se placer avec tant d'insistance au-devant du globe oculaire, au moindre attouchement de la région orbitaire. Il faut aussi placer l'œil de l'animal en pleine lumière et le regarder sous plusieurs incidences, de face, à jour frisant, pour ne laisser échapper aucune lésion même minime, aucun trouble même léger.

La *kératite ponctuée* (lapins 22, 27) se présente comme un petit point gris de la dimension d'une demi-tête d'épingle, siégeant dans l'épaisseur de la cornée et développé au point même où la piqûre a été pratiquée. Dans les cas heureux, il y a deux ou trois points de kératite, s'il y a eu deux ou trois points inoculés. Il y a rarement injection vasculaire péricornéenne, dans la kératite ponctuée. Elle succède presque toujours à une petite dépression également ponctuée qui ressemble à une piqûre d'épingle et résulte évidemment de l'absence de cicatrisation du point piqué.

La *kératite chancriforme* (lapins 18, 20) est la plus caractéristique de toutes les formes de kératite syphilitique du lapin, car elle possède certains des caractères habituels aux syphilides humaines.

On l'observe surtout dans le cas où le matériel d'inoculation était très virulent, car on l'obtient dans les cas où toutes les inoculations du même produit sont suivies de succès.

Elle se présente comme une tache grise de la dimension d'une petite lentille, absolument ronde et comme tracée au compas. La régularité absolue, le contour géométrique de cette tache, sont absolument comparables à ceux d'une lésion syphilitique de la peau, d'un chancre en particulier. Sur cette tache grise, on distingue nettement deux zones d'étendue à peu près égale : *une centrale*, légèrement déprimée en cupule arrondie, comme s'il y avait là une érosion légère de la cornée, et *une périphérique* annulaire se continuant à niveau avec les tissus sains environnants. La cupule centrale ne se voit qu'à un examen attentif ; on la remarque parfaitement en regardant à jour frisant la surface de l'œil. C'est l'aspect d'un chancre érosif. Au centre de la tache, on voit un petit point de la dimension d'une tête d'épingle ou davantage, et qui est couleur de rouille. Il s'agit de néo-vaisseaux.

La kératite diffuse peut s'observer à la suite de l'inoculation intra-cornéenne par piqûre (lapin 23) mais surtout à la suite des inoculations par scarifications.

Dans le cas où l'inoculation est faite par piqûre au centre de la cornée, la kératite diffuse se manifeste comme un nuage grisâtre, flou, bien moins accentué comme teinte que la kératite chancriforme ; les contours n'en sont pas nettement délimités. Au début, on n'y observe pas de vaisseaux ; mais peu à peu se développe au centre une tache couleur de rouille analogue à celle de la kératite chancriforme ; au bout de deux mois environ, il part de la périphérie de la plaque de véritables vaisseaux capillaires qui dessinent autour de celles-ci de fines arborisations rouges très élégantes ; leur nombre varie suivant les cas, et l'on voit 2, 3, 6 vaisseaux capillaires irradiant

(1) Un chimpanzé ne coûte pas moins de 1000 à 1500 fr.

(2) BERTARELLI. — La transmission de la syphilis au lapin. *Rivista d'Igiene e sanita pubblica* (Torino), 1906, 1er mai, n° 9, p. 269-275.

(3) PARODI. — *Centralblatt f. Bakteriol Orig.*, 1906 vol. 44, fasc. V, p. 428.

(4) HOFFMANN. — *Kongress der deutsch dermat. Gesellschaft*, Francfort-sur-le-Mein, juin 1908 et *Deutsche med. Woch*), 1908, n° 30, p. 1335.

(5) LEVADITI et YAMANOUCHI. — Inoculation de la syphilis au prépuce du lapin. Société de biologie Séance du 30 mai 1908, p. 957.

(6) OSSOLA. — Société médico-chirurgicale de Pavie. Séance du 5 juin 1908. *An. in Bull. méd.*, 1908, p. 659.

de la tache vers le limbe cornéen. Il va sans dire que les culs-de-sac conjonctivaux sont congestionnés.

Dans le cas où l'*inoculation est faite par scarifications du limbe cornéen,* voici comment les choses se passent : très rapidement et pendant deux ou trois jours, se produit une réaction au point inoculé. Les stries d'inoculation se recouvrent d'un enduit grisâtre vaguement diphtéroïde qui bientôt gagne les espaces intermédiaires, de sorte que la région inoculée semble recouverte d'un enduit comme fibrineux mais peu épais et jaunâtre comme la fibrine. Il se produit en même temps une réaction inflammatoire dans le cul-de-sac conjonctival correspondant au voisinage de la région scarifiée. Progressivement, tout se calme, l'enduit cornéen, l'injection des vaisseaux, s'atténuent et en quatre ou cinq jours, la cornée reprend son aspect normal et la région correspondante du cul-de-sac conjonctival également.

Les choses restent ainsi en l'état pendant un mois environ (ce temps peut être plus long ou plus court suivant les cas, surtout suivant la virulence du produit injecté), puis progressivement on voit réapparaître des phénomènes nouveaux et, en premier lieu, l'injection vasculaire périkératique. Celle-ci se présente sous l'aspect de vaisseaux partant du limbe cornéen, perpendiculairement à celui-ci vers le fond du cul-de-sac conjonctival, et dessinant un quadrilatère injecté de sang dont un des côtés s'appuie sur la circonférence de la cornée, dans toute l'étendue de la zone inoculée.

La cornée elle-même ne présente pas encore de lésion très appréciable. Ce n'est que peu à peu qu'on voit apparaître un trouble léger, qui s'opacifie peu à peu et se vascularise ultérieurement.

Kératite ulcéreuse. — La kératite diffuse peut dans certains cas devenir ulcéreuse. Sur une étendue plus ou moins grande de la tache cornéenne, se forme une perte de substance généralement peu profonde, à bords quelquefois un peu végétants (première observation de Bertarelli), ronde ou irrégulière, n'aboutissant pas à la perforation de la cornée. L'épithélium est tombé et de nombreuses cellules de pus comblent la dépression. La réparation s'en obtient facilement.

B) *Lésions oculaires par inoculation dans la chambre antérieure.* — Nous avons pu obtenir par ce procédé des *kératites* à incubation longue et à durée d'un ou deux mois, laissant des opacités indéfiniment persistantes *des iritis*, un *syphilome végétant* de la cornée. Enfin dans deux cas il existait une augmentation de volume du globe oculaire, indice des troubles de la circulation aqueuse et de son hypersécrétion.

* * *

ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS DU LAPIN.

La syphilis du lapin évolue en général comme une infection locale. Elle est pourtant peut-être susceptible de généralisation (cas de Grouben) (1). Ces faits sont cependant encore trop incertains pour qu'on puisse en admettre la réalité.

Incubation.— La kératite du lapin ne se déclare, comme le chancre syphilitique de l'homme, qu'après une période d'incubation plus ou moins prolongée. La majorité des auteurs estime cette période d'incubation à trente ou quarante jours. Nos expériences nous ont montré que si ce temps pouvait être observé, il arrivait souvent aussi que cette période était raccourcie lorsque la virulence du matériel était plus grande. C'est ainsi que nous avons obtenu des kératites après une incubation de sept ou huit jours. Levaditi et Yamanouchi (1) ont d'ailleurs montré que les spirochètes pullulent dans la cornée bien avant l'apparition des lésions macroscopiques.

Période d'état. —C'est du trentième au cinquantième jour que la lésion cornéenne présente son maximum d'intensité. La durée de cette période est variable avec les différents cas. Le maximum de lésions peut être observé pendant un bon mois.

Période de défervescence. — Peu à peu, les phénomènes inflammatoires se calment. L'infection des culs-de-sacs conjonctivaux disparaît la première, plus tard s'effacent les néo-vaisseaux de la cornée et enfin il ne reste plus qu'une tache blanc grisâtre plus ou moins opaque, qu'un leucome capable de persister indéfiniment. Nos premiers lapins en expérience le présentent encore aujourd'hui, c'est-à-dire après dix mois. Certaines kératites peu opaques peuvent cependant disparaître sans laisser de traces.

Récidives. — Les récidives peuvent être observées par réinfection locale, disent les uns, par réinfection générale, disent les autres. La réinfection locale est plus vraisemblable puisque l'infection générale n'est pas démontrée.

Nous en avons observé nous-mêmes un cas des plus nets chez notre lapin 21 qui présentait à la suite d'une inoculation intra-oculaire une kératite qui guérit vers le cinquième jour pour récidiver au cent vingtième.

Levaditi et Yamanouchi (2) ont pu observer la récidive d'une kératite syphilitique, à peu près dans le même temps, cent treize jours après la première.

* * *

PREUVES DE LA NATURE SYPHILITIQUE DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE DU LAPIN.

On peut objecter que les lésions produites au niveau de la cornée du lapin sont des lésions banales, que les microbes vulgaires apportés par l'inoculation suffisent à produire. Des raisons multiples prouvent au contraire la spécificité de la lésion. Elles sont de quatre ordres ; 1° arguments cliniques ; 2° arguments basés sur l'évolution ; 3° arguments bactériologiques ; 4° résultats obtenus avec d'autres micro-organismes.

1° *Arguments cliniques.* — La kératite interstitielle est une *affection propre à la syphilis* chez l'homme et particulièrement chez l'hérédo-syphilitique. Ne sait-on pas que la kératite interstitielle est un des trois stigmates de la triade symptomatique d'Hutchinson ?

Ne voyons-nous pas aussi que la kératite du lapin prend la *physionomie de certains accidents cutanés de l'homme,* du chancre érosif en particulier, puisque nous avons montré le développement centrifuge, la forme arrondie et absolument régulière, la dépression cupuliforme comme érosive de certaines kératites obtenues par inoculation ponctuée.

2° *Arguments basés sur l'évolution.* — L'évolution de la kératite ainsi obtenue est très caractéristique et superposable à celle des lésions humaines. L'incubation est longue

(1) Grouben. —*Derm. Zeitsch.*, avril 1908, p. 209.

(1) Levaditi et Yamanouchi. — « Recherches sur l'incubation dans la syphilis ». *Bulletin de la Société de Biologie.* Séance du 18 janvier 1908, p. 50.

(2) Levaditi et Yamanouchi. — « Récidive de la kératite syphilitique du lapin. » *Bulletin de la Société de Biologie,* séance du 7 mars 1908, p. 408.

comme celle du chancre : elle est en moyenne de trente-cinq jours ; nous avons obtenu des cas après dix jours, mais c'est là l'exception et elle nécessite un matériel ultra-virulent.

C'est là, comme on voit, le temps d'incubation du chancre humain.

3° *Arguments bactériologiques.* — On trouve des tréponèmes en abondance dans la cornée inoculée. On pourrait objecter que ce sont ceux qui ont été apportés par l'inoculation qui sont restés là et s'y sont conservés sans se multiplier.

L'abondance même des parasites observés sur des coupes imprégnées au nitrate d'argent indique surabondamment qu'il ne s'agit pas seulement des micro-organismes apportés par l'inoculation.

On en rencontre des myriades et non seulement dans la région inoculée, mais en dehors d'elle. Il n'est pas rare d'en rencontrer plus de 100 sur un seul champ microscopique.

On pourrait, là comme ailleurs, et avec Schulze (1), objecter qu'il ne s'agit pas de véritables tréponèmes, mais de précipités argentiques, car dans les kératites provoquées par l'inoculation de poussières dans la cornée du lapin, on peut montrer, par la méthode de l'imprégnation d'argent, des figures en spirale qui, par leur aspect, leur disposition et leur forme ne sauraient être différenciées du tréponème pâle et qui sont, soit des précipités argentiques, soit des fibres nerveuses. Mühlens (2), Hoffmann (3), ont répondu à cette objection en montrant la présence du tréponème vivant dans les frottis de cornée examinés à l'ultramicroscope. Nous-mêmes avons fait cette recherche sur nos lapins en expérience et il est très facile par ce procédé de mettre en évidence d'abondants tréponèmes animés de leur mouvement en vrille si caractéristique.

4° *Résultats négatifs avec la lèpre et le chancre mou.* — Les scarifications cornéennes inoculées avec du pus de chancre mou ou des fragments de léprome fourmillant de bacilles de Hansen donnent des résultats absolument négatifs. C'est là une preuve indirecte de la spécificité du tréponème. Il serait intéressant de tenter cette épreuve avec des produits tuberculeux, car on sait que la tuberculose produit aussi des kératites interstitielles.

(1) Schulze (Berlin). — Silberspirochœte. *Berlin klin. Woch.*, n° 37, septembre 1906.

(2) Muhlens. — *Beitrag zur experimentellen Kaninchenhornhaut Syphilis. Deutsche med. Woch.*, n° 30, 25 juillet 1907.

(3) Hoffmann (E). — *Démonstration eines Kaninchens mit Keratitis syphilitica* (12 passages) *und eines Seidenæffchens* (Hapale) *mit Initialaffekten an den Augenbraue und dem Genitale* (3 passages). Communication à la Société de médecine interne de Berlin, séance du 25 juin 1907.

Tétanos et sulfate de magnésie ;

Par le Dr J. TANTON
Médecin-major de 2e classe
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Le traitement des contractures tétaniques par l'injection intra-rachidienne d'une solution concentrée de sulfate de magnésie, suivant la technique de Meltzer et Auer, jouit actuellement d'une certaine faveur. L'accord est en effet loin d'être fait au sujet du traitement des cas de tétanos confirmé, développés en dehors de toute sérothérapie préventive. Les uns restent fidèles à ce que nous pourrions en quelque sorte appeler le « traitement ancien » du tétanos, c'est-à-dire : injection sous-cutanée d'antitoxine et doses élevées de chloral *per os* ; d'autres, avec Lagagne, préconisent l'injection intra-veineuse de sérum anti-tétanique, qui permet une action plus rapide de l'antitoxine. Après l'échec, chez l'homme, des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique, suivant la méthode de Borrel (1), certains, comme Pancrazio (2), à propos de 8 cas récemment observés, établissent que le traitement du tétanos doit consister en injections intra-rachidiennes de hautes doses de sérum antitétanique, d'autres enfin appliquent la méthode de Bacelli, à savoir les injections d'acide phénique. Quelle que fût d'ailleurs la méthode de traitement employée, les cas aigus et suraigus gardaient leur pronostic à peu près fatal ; seules, les formes subaiguës et chroniques donnaient un pourcentage de succès que l'on peut évaluer à 50 pour 100 (Vaillard).

Il semble qu'à l'heure actuelle, d'après les observations publiées, les injections intra-rachidiennes de solutions concentrées de sulfate de magnésie aient sensiblement amélioré le pronostic, au moins des formes aiguës et subaiguës de tétanos confirmé. C'est là une question à l'étude et qui ne peut se juger de façon précise que par un ensemble de faits cliniques. C'est à ce titre que nous apportons une observation nouvelle, bien que négative, recueillie il y a peu de temps dans notre service.

Le 14 août 1908, le soldat S..., en absence illégale, entrait au Val-de-Grâce pour un coup de feu du mollet gauche.

Le 13 août, vers 11 heures du soir, au cours d'une rixe dans la rue, il reçut une balle de revolver de petit calibre, au niveau de la partie moyenne du mollet gauche. L'hémorragie immédiate fut assez abondante, et le premier pansement fait dans une pharmacie.

Le blessure est perforante, le projectile a traversé transversalement toute l'épaisseur du mollet, en arrière du squelette, sans intéresser ce dernier. Les battements artériels de la pédieuse et de la tibiale postérieure sont normaux. Les deux orifices cutanés des plaies d'entrée et de sortie sont obturés à peu près complètement par des caillots, un pansement aseptique est appliqué sur eux après nettoyage des parties périphériques à l'alcool, mais sans aucune exploration du trajet lui-même. Il n'est pas fait d'injection préventive de sérum antitétanique.

L'évolution de la blessure était tout à fait normale, lorsque le 21 au soir apparut un peu de trismus. Lorsque nous voyons le malade, le 22 août au matin, le trismus est net, la tête est légèrement défléchie par contracture des muscles postérieurs de la nuque, il existe un peu de raideur des muscles des gouttières vertébrales, mais sans opisthotonos. Le malade est immédiatement placé dans une chambre obscure, il reçoit une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de sérum antitétanique, et on lui prescrit 12 grammes de chloral à prendre dans les vingt-quatre heures. On fait en outre une injection de 10 cent. cubes de sérum antitétanique dans le trajet intra-musculaire du projectile. A 2 heures 30 du soir, le même jour, on pratique une ponction lombaire qui permet de retirer 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sans hypertension. Le liquide est limpide, mais on y voit flotter quelques très légers flocons blanchâtres. A l'examen cytologique et chimique, on trouve une légère réaction lymphocytaire, quelques polynucléaires. et un

(1) Nous avons eu l'occasion de pratiquer une fois, en 1903, chez l'homme, l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique suivant la méthode de Borrel. Il s'agissait d'un détenu blessé par un coup de revolver. Apparition du trismus et de l'opisthtonos le 6e jour après la blessure. Injection immédiate de 1 cc 1/2 de sérum antitétanique dans la partie antérieure de chaque lobe frontal, après trépanation à la vrille. Mort le 9e jour sans que l'évolution du tétanos eût été aucunement enrayée par l'injection. A l'autopsie, existence dans chaque lobe frontal, au niveau de l'injection, d'un petit foyer de ramollissement des dimensions d'une grosse noisette avec hémorragies punctiformes à la périphérie. (Observation personnelle et inédite.)

(2) Pancrazio. — Le traitement du tétanos. — *Gazetta degli Ospedali*, 27 septembre 1908.

disque d'albumine. Pas de microbes. On injecte, de suite, dans l'espace intra -arachnoïdien, 12 centimètres cubes d'une solution *isotonique* de sulfate de magnésie à 70 gr. pour 1000, ce qui, pour un malade pesant 65 kilogr. correspond à l'injection de 0 gr. 84 de sel.

Une demi-heure après l'injection, les contractures disparaissent, le malade peut fléchir la tête, se retourner et s'asseoir dans son lit, la miction est volontaire et facile, les urines sans albumine, le malade répond parfaitement bien aux questions qu'on lui pose, mais accuse une *céphalée* assez violente qui persiste jusqu'à 9 h. 1/2 du soir. Température axillaire, le matin 36°8, ; le soir 36°5.

Vers 11 heures du soir, les contractures réapparaissent, et le lendemain 23 août au matin, la tête est en déflexion extrêmement accusée, l'opisthotonos très marqué, et le trismus violent. A 8 heures du matin, apparaît une première crise de contractures avec opisthotonos extrêmement marqué, spasme de la glotte, asphyxie et cyanose. Cette crise dure environ 30 secondes, puis est suivie, 1 heure 1/2 après, d'une seconde crise de durée à peu près identique, et s'accompagnant également de spasme de la glotte, d'asphyxie et de cyanose extrême. Immédiatement après la résolution de cette deuxième crise, nouvelle ponction lombaire, d'ailleurs assez difficile à pratiquer en raison de l intensité de l'opisthotonos. On retire 15 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien laiteux, qui, à l'examen cytologique, a montré l'existence d'une polynucléose considérable ; on injecte la même quantité, soit 15 cent. cubes de solution *isotonique* de sulfate de magnésie à 7 pour 100, en même temps qu'on renouvelle l'injection sous-cutanée de 50 cent. cubes de sérum anti-tétanique. Température, 38°2 ; pouls, 100, bien frappé. La miction est encore facile, les urines sans albumine. Une demi-heure après l'injection, les contractures ont disparu, mais incomplètement, la tête est en position normale mais ne peut être fléchie sur la poitrine, l'opisthotonos a disparu, le malade peut mouvoir ses membres inférieurs et répond aux questions qu'on lui pose, mais le trismus n'a cédé que partiellement. L'inspiration est en outre surtout diaphragmatique.

A 2 heures de l'après-midi, apparaît brusquement une très forte transpiration, la respiration s'est ralentie brusquement, la pâleur est extrême, le pouls est à 120, la tête est à nouveau défléchie et l'opisthotonos s'est reproduit, quoique moins accusé qu'au matin. Une nouvelle injection intra-arachnoïdienne de 3 cent. cubes de la solution hypertonique de sulfate de magnésie à 25 pour 100 est faite après soustraction de 4 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien laiteux et contenant une quantité considérable de polynucléaires. Mais la respiration se ralentit de plus en plus, elle est uniquement diaphragmatique, la cyanose apparaît, le malade tombe dans le coma et meurt 1 heure 1/2 après la dernière injection saline, *sans aucune contracture*, environ 36 heures après l'apparition du trismus. Température 38°4 au moment de la mort.

Une petite quantité du produit de raclage du trajet intra-musculaire du projectile a été recueillie après la mort par M. le professeur agrégé Sacquépée et inoculée au cobaye, sans résultat.

Le 23 août, entrait encore dans notre service, un deuxième cas de tétanos d'étiologie assez bizarre. Il s'agissait d'un autre soldat, I..., jardinier de profession, qui, étant en permission, chez lui, trois semaines auparavant et travaillant de son métier, avait eu, à la paume de la main droite, une large ampoule rapidement excoriée et accompagnée de crevasses assez profondes. En admettant que ce fût là la voie d'inoculation — et on ne pouvait retrouver aucune plaie dans aucun autre point du corps — l'incubation avait donc eu une durée d'environ 20 jours. A son entrée, le malade ne présente que les traces, guéries, de l'ampoule et des crevasses, on note un trismus permanent, permettant cependant un écartement de 1 centimètre environ des arcades dentaires. de la contracture des muscles des gouttières vertébrales, mais sans opisthotonos, et rien aux membres inférieurs. La miction est facile, le pouls à 70, la température à 36°8, la respiration normale et le malade répond parfaitement bien aux questions qu'on lui pose.

On lui fait immédiatement une injection sous-cutanée de 40 cent. cubes de sérum antitétanique, il est placé dans une chambre obscure et prend 8 grammes de chloral par 24 heures. En outre, une ponction lombaire permet de retirer 5 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien (il existe un peu d'hypertension, le liquide s'écoule en jet) dans lequel l'examen cytologique montre l'existence de polynucléaires assez nombreux. Pas de microbes. Défavorablement impressionné par l'état du malade précédent, nous ne faisons aucune injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie, estimant que les contractures ne sont ni assez violentes, ni assez douloureuses pour demander à être calmées, et que nous sommes en présence d'une forme de tétanos subaiguë, avec longue incubation, ayant toutes chances de guérir spontanément. Immédiatement après la ponction lombaire, le malade accuse une diminution du trismus. L'évolution, que nous ne voulons pas relater ici, fut très simple ; le malade reçut tous les jours, une injection sous-cutanée de sérum anti-tétanique d'abord de 50 cent. cubes, puis peu à peu progressivement décroissante, et, en dehors de quelques érythèmes sériques sans importance, la guérison survint au bout de 24 jours, absolument complète.

Il ne fut pas fait de nouvelle ponction lombaire, mais le liquide provenant de la première ponction fut injecté dans le cerveau de deux cobayes, sans résultat, sans apparition de contractures tétaniques en particulier.

Nous ne voulons pas tirer de notre premier cas un argument pour ou contre les injections intra-arachnoïdiennes de sulfate de magnésie dans le cas de tétanos confirmé ; mais il nous semble bon d'attirer l'attention sur deux points.

1° L'existence d'une polynucléose dans le liquide céphalo-rachidien *avant* toute injection, polynucléose que nous avons également retrouvée dans notre second cas, et que nous n'avons pas vue signalée dans les observations colligées par Martignon dans sa thèse, ni dans celles publiées par MM. Griffon et Lian et Ramond et Coury. L'examen bactériologique négatif et la clinique permettent d'écarter toute idée de méningite.

2° L'injection intra-rachidienne d'une solution *isotonique* de sulfate de magnésie. En réalité, le titre de notre solution n'était pas tout à fait exact, puisque Ramond a montré que la solution isotonique devrait être au titre 7.3 pour 100. Notre chiffre est très légèrement inférieur, mais la différence est minime. Et notre cas nous permet de répondre à la question que se pose Marinesco (1), à savoir : si l'hypertonicité de la solution de sulfate de magnésie à 25 pour 100 n'est pas la cause de quelques accidents légers et passagers observés après l'injection intra-rachidienne, entre autres la céphalée et la rétention d'urine, que la céphalée persiste, assez violente même, après l'emploi d'une solution isotonique. Son appa-

(1) Marinesco.—Traitement de la chorée de Sydenham par les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. *Semaine médicale* 18 novembre 1908.

rition, rapidement consécutive à l'injection, a, dans notre cas, précédé la disparition des contractures et sa disparition a annoncé la réapparition de ces contractures. La période de suppression des contractures semble avoir été moins longue qu'avec les injections d'une solution à 25%, ou tout au moins que dans l'observation de Ramond, c'est d'ailleurs cette faible durée de la sédation qui nous fit pratiquer une troisième injection de solution à 25%. Cependant, le malade reçut une première fois 12 cc de solution à 70% soit 0,84 de sel, une deuxième fois 15 cc. de la même solution, soit 1 gr.05, doses supérieures à celles que Griffon employa chez son malade (2 cc. de sel à 25 %) soit 0,50.

En résumé, seules, les contractures furent, dans notre cas, temporairement supprimées ou atténuées, et comme le disent excellemment MM. Griffon et Lian, il s'agit là d'une médication purement symptomatique, qui « entravant notablement la conductibilité nerveuse, s'oppose aux effets nocifs du poison tétanique ». Et la valeur de ce mode de traitement dans les cas de tétanos aigu reste encore toute symptomatique. Il nous semble donc que le traitement des cas de tétanos aigu doive comporter comme premier terme l'injection d'antitoxine et comme adjuvant l'injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie. Or, d'après les travaux de Henderson Smith (1), la vitesse avec laquelle sont reprises dans la circulation générale, après avoir été injectées dans la cavité péritonéale ou le tissu cellulaire sous-cutané, des substances lentement diffusables telles que les anticorps en général, est excessivement lente. Après une injection intra-péritonéale, l'anticorps ne se constate au maximum dans le sang qu'après 15 à 30 heures, 2 et 3 jours après une injection sous-cutanée. En outre, le total d'anticorps présent à un moment donné dans la circulation générale après une injection intra-péritonéale ou sous-cutanée est de beaucoup inférieur au total injecté.

Cliniquement, dans un cas de tétanos aigu, injecter de l'antitoxine tétanique par la voie sous-cutanée, c'est donc, non seulement perdre 2 ou 3 jours avant que l'action totale puisse être obtenue, mais c'est encore réduire la somme d'action que peut avoir la dose injectée, alors que par l'injection intra-veineuse on obtient immédiatement ce maximum d'action.

Si bien que notre conclusion thérapeutique et, partant, notre conduite personnelle en présence d'un cas de tétanos aigu serait la suivante.

1° Injection intra-veineuse de sérum anti-tétanique.

2° Injection locale de sérum antitétanique au niveau de la plaie, ou, application *in situ* de sérum desséché.

3° Injection intra-rachidienne d'une solution hypertonique de sulfate de magnésie à 25 pour 100, à raison de 1 cent. cube par 25 à 30 livres de poids, comme le conseillent Meltzer et Auer.

La solution hypertonique nous paraît préférable parce que, en raison de l'introduction d'une plus grande quantité de sel sous un faible volume, et surtout de son pouvoir diffusible beaucoup plus considérable, la sédation des contractures sera plus complète et plus durable ; l'isotonie de la solution ne mettant d'ailleurs pas à l'abri des petits accidents consécutifs signalés par les divers observateurs.

(1) HENDERSON SMITH. — Sur l'absorption des anticorps par les tissus sous-cutanés et la cavité péritonéale. *The Journal of Hygiene*, vol. VII, n°2, 1907.



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Apologie du Cannibalisme.

Lorsque l'on déclare, chez nous, que les hommes se mangent entre eux, on ne parle que par images. C'est, malheureusement, une figure de rhétorique qui s'applique, de plus en plus, à notre milieu médical et il est navrant de voir s'y propager, aussi âprement, les luttes de classes et les luttes de personnes.

Chez les sauvages, il n'est plus question d'images, et les hommes se mangent réellement entre eux. Nous avions cru, jusqu'ici, qu'ils avaient tort. Or voici que des recherches curieuses tendent à leur donner physiologiquement raison.

Dans un article fort intéressant, paru il y a deux ans, Magnus-Lévy (1) conformément aux prévisions théoriques de E. Fischer et de Abderhalden, développait l'hypothèse que l'assimilation protéique doit s'effectuer, avec le minimum de déchets, chez les animaux nourris de la chair de leurs semblables. Or c'est ce que vient de vérifier expérimentalement M. H. Busquet (2), au laboratoire et sous la direction du prof. Gley.

Busquet étudie, au point de vue de leurs variations pondérales, d'une part des grenouilles alimentées avec de la chair musculaire provenant d'autres grenouilles, et d'autre part des grenouilles nourries avec de la viande de veau ou du mouton.

Or il est facile de constater que les Batraciens, alimentés avec la viande de leurs congénères se maintiennent en équilibre de poids avec un apport d'albumine notablement inférieur à celui des grenouilles nourries à la viande de veau ou de mouton.

Dans une autre série d'expériences, après une période préalable de jeûne, on nourrit des grenouilles, les unes avec du veau ou du mouton, les autres avec de la chair de grenouille : or ces dernières atteignent, dans un temps donné, une augmentation pondérale, non seulement égale, mais même supérieure à celle des animaux témoins, bien qu'elles aient reçu une quantité d'albumine sensiblement moindre.

Ces constatations intéressantes s'accordent, d'ailleurs, avec toute une série de faits physiologiques bien connus.

C'est ainsi que, pour les sérums, il y a une grande différence d'assimilation et de toxicité, suivant que le sérum injecté provient d'un animal de même espèce ou d'un animal d'espèce différente.

Pour les greffes, surtout, le fait est manifeste.

Si l'on greffe, comme nous l'avons fait maintes fois jadis avec M[lle] Deflandre, de la peau noire, provenant d'un animal bigarré, sur de la peau blanche, la greffe noire grandit, et l'on peut ainsi en suivre facilement le développement par l'extension même de la tache noire. Or, si la greffe provient de l'animal même sur lequel on l'implante, elle prolifère beaucoup plus vite que si elle provient d'un animal différent, quoique de même espèce; les greffes échangées entre animaux d'une même portée se développent mieux qu'entre animaux non parents ; enfin

(1) MAGNUS-LÉVY. — *In* von Noorden. Pathologie des Stoffwechsels, 2e édition. Berlin 1906, p. 74.

(2) BUSQUET. — Valeur nutritive d'une albumine spécifique et d'albumines étrangères chez la grenouille. S. Biol., 19 déc. 1908.

il est de règle qu'elles échouent lorsqu'elles proviennent d'espèces différentes, même voisines. Nous avons constaté les mêmes faits pour les greffes de muqueuse, et l'on a fait les mêmes constatations pour les greffes de glandes thyroïdes (Christiani), pour les transplantations de membres (Carrel et Guthrie).

Il y a donc, dans les tissus et humeurs de l'organisme, une véritable *spécificité*. Qu'il s'agisse de tissus greffés, de sérums injectés, d'aliments absorbés, l'adaptation est d'autant plus parfaite que le tissu, le sérum, l'aliment, proviennent de l'animal même chez qui on les introduit, ou d'un animal très voisin : l'adaptation est moins bonne si l'échange se fait entre espèces différentes.

De ces constatations, on peut tirer quelques déductions philosophiques d'ordre général que nous laissons poursuivre au lecteur. Nous ne ferons ici qu une remarque au point de vue strictement nutritif.

On sait que les animaux et les peuples carnivores ont une énergie et, souvent aussi, une férocité bien supérieures à celles des animaux ou des peuples herbivores. Voici maintenant que, parmi les carnivores, ceux qui mangent leurs semblables croissent et engraissent proportionnellement plus vite que les autres. Vive donc, au point de vue nutritif, la doctrine des anthropophages !

Mais le point de vue nutritif n'est pas tout dans la vie sociale, heureusement ! Aussi supplié-je tel ami, trop ardent aux revendications présentes, de ne pas prendre argument du petit fait que je viens de raconter pour nous exciter à nous manger les uns les autres.

Contrairement aux grenouilles, je crains bien que personne ne gagne, chez nous, à ce repas entre frères.

P. Carnot.

UROLOGIE CLINIQUE

Recherche et dosage du glucose dans l'urine;

Par M. L. DEVAL,
Préparateur à la Faculté de Médecine.

I. — *Méthodes basées sur les propriétés réductrices du glucose.*

La caractérisation du glucose dans l'urine se fait au moyen de différents procédés reposant:

1° Sur des réactions de réduction ;

2° Sur la déviation du plan de polarisation de la lumière ;

3° Sur la formation de phényl glucosarone ;

4° Sur la fermentation.

Cliniquement, les méthodes par réduction, seules, sont d'un usage pratique ; les autres procédés exigeant soit un polarimètre, soit une étuve ou un bain-marie.

Nous exposerons dans cette première note les méthodes basées sur les propriétés réductrices du glucose.

Le glucose dont la formule est :

$$CH^2OH-\underset{OH}{\overset{H}{C}}-\underset{OH}{\overset{H}{C}}-\underset{H}{\overset{OH}{C}}-\underset{OH}{\overset{H}{C}}-CHO$$

contient dans sa molécule un groupement adhéhydique CHO, facilement oxydable qui confère à ce corps des propriétés réductrices. Un grand nombre d'oxydants réagissent sur le glucose pour le transformer en acides plus ou moins oxygénés, l'oxydant lui-même étant réduit. En général ce sont les composés réduits qui sont caractéristiques de la réaction. Il n'en est pas toujours ainsi ; une des meilleures réactions du glucose est fournie par l'oxydation nitrique dont le produit, l'acide saccharique, donne un sel monopotassique, aisément identifiable.

Mais cette propriété réductrice n'est pas spécifique du glucose et dans l'urine on peut rencontrer des substances qui la possèdent aussi :

1° Beaucoup de composés aldéhydiques ou acétoniques (lactose, lévulose, etc.) ;

2° Des composés possédant d'autres fonctions (acide urique, tanin, phénols polyatomiques, etc.) ;

Enfin certaines substances peuvent entraver la réduction (albumine, créatinine..., etc).

Le mieux serait donc d'isoler le glucose et d'agir sur le produit séparé d'impuretés de toute nature. Pratiquement on doit se contenter d'une défécation plus ou moins parfaite. Cette défécation ne doit jamais être omise, la précision des résultats obtenus compensant largement la perte de temps causée par l'opération.

Défécation. — Les sels de plomb et de mercure précipitent un grand nombre de substances qui dans l'urine peuvent fausser les réactions du glucose. Il faut prendre quelques précautions, très simples, pour éviter par exemple, de précipiter une partie du glucose.

A. *Défécation par le sous-acétate de plomb.* — On verse dans un verre à pied 100 cm^3 d'urine; on ajoute 10 cm^3 de sous-acétate de plomb et on agite avec une baguette de verre. On filtre, le filtrat contient un excès de plomb, ce dont on s'assure en vérifiant qu'une goutte du réactif ne donne plus de précipité.

On élimine le plomb en excès par addition de carbonate de soude ou de sulfate de soude. Si l'on emploie ces réactifs cristallisés, la dilution ne sera pas sensiblement modifiée; si l'on emploie des solutions, on tiendra compte de la nouvelle dilution. On filtre de nouveau pour séparer le carbonate ou sulfate de plomb précipité et on s'assure que le filtrat ne se trouble plus par addition du même sel de soude. Le liquide que l'on obtient ainsi est limpide et presque incolore; 11 cm^3 correspondent à 10 cm^3 d'urine, si l'on s'est servi de sels cristallisés pour éliminer l'excès de plomb.

Le sous-acétate de plomb précipite l'albumine, l'acide urique — mais ne précipite pas les albumoses ni les peptones; — il précipite les composés glycuroniques (sauf l'acide campho-glycuronique), et précipite même du glucose, quand la réaction est neutre et surtout alcaline.

B. *Défécation par le réactif de Courtonne.* — Le réactif est une solution aqueuse à 30 % d'acétate neutre de plomb, additionnée d'acide acétique jusqu'à neutralité au tournesol. On l'emploie comme le sous-acétate de plomb, on élimine l'excès de plomb de la même façon.

Ce réactif doit être utilisé de préférence au sous-acétate, sauf dans le cas où il y a lieu d'éliminer des composés glycuroniques.

C. *Défécation par le nitrate acide de mercure. Rèactif de Patein.*

On place dans un verre à expérience 50 cm^3 d'urine et 25 cm de réactif on agite et on ajoute goutte à goutte de la lessive de soude étendue en agitant avec soin pour obtenir une masse bien homogène; lorsque la réaction est neutre au tournesol on complète le volume à 100 cm^3. avec de l'eau distillée, on filtre. Le filtrat contient un excès de mercure qu'on précipite avec de la poudre de zinc (environ 4 à 5 grammes); on laisse le liquide en con-

tact avec le zinc pendant 2 à 3 heures en agitant à plusieurs reprises. On filtre de nouveau et on alcalinise avec quelques gouttes de lessive de soude concentrée pour redissoudre l'oxyde de zinc précipité.

Ce procédé de défécation est le plus parfait et doit être employé dans tous les cas où la réduction est douteuse avec les autres réactifs.

Il convient cependant d'employer le sous-acétate de plomb pour éliminer les composés glycuroniques.

Réactions de réduction. — L'urine déféquée par un des procédés indiqués donne lorsqu'elle contient du glucose les réactions suivantes :

Alcalis : chauffée avec de la soude, de la potasse, de la chaux, ou de la baryte en excès, elle se colore en jaune puis en brun.

Iode : en présence d'alcalis, il se forme de l'iodoforme ;

Azotate d'argent ammoniacal(Tollens) : la réduction a lieu à froid avec production d'un miroir d'Ag. métallique ;

Les *chlorures d'or et de mercure* sont réduits à l'ébullition ;

Le *cyanure de mercure* en solution alcaline à chaud donne un précipité noir de mercure métallique ;

L'*hydrate ou le sous-nitrate de bismuth* en liqueur alcaline donnent à chaud une coloration brune ou noire ;

L'*acétate de cuivre* acétique donne à l'ébullition de l'oxyde cuivreux ;

Le *ferricyanure* est transformé en ferrocyanure ;

L'*acide picrique* jaune en acide picramique rouge ;

La *nitrobenzine* en aniline ;

L'*indigo bleu* en indigo blanc ;

L'*acide ortho-nitro-phénylpropiolique* en indigo bleu, puis blanc ;

Le *bleu d'alizarine* est décoloré.

Toutes ces réactions et bien d'autres que nous n'avons pas énumérées possèdent une sensibilité plus ou moins grande vis-à-vis du glucose. Nous n'insisterons que sur une seule.

Recherche du glucose par la liqueur cupro-alcaline. — L'oxyde de cuivre en solution alcaline est réduit à l'ébullition par le glucose ; il se forme de l'oxyde cuivreux CuO, rouge, insoluble et la liqueur bleue se décolore.

Il existe un certain nombre de formules de liqueurs : celles de Barreswill, Fehling, Pasteur, Violette ; toutes contiennent de l'acide tartrique, elles s'altèrent plus ou moins rapidement. Il est avantageux d'employer deux liqueurs séparées : l'une est une solution acide de sulfate de cuivre ; l'autre une solution alcaline de sel de Seignette. Au moment de l'emploi, on mélange volumes égaux des deux solutions.

Quelle que soit la liqueur employée, une précaution indispensable est de faire bouillir, quelques minutes, le réactif sur lequel on va opérer et de s'assurer qu'il ne s'est produit aucun dépôt d'oxydule. S'il s'était formé un précipité rouge, le réactif serait inutilisable. Le réactif bouillant est alors additionné d'urine déféquée, la présence de glucose en quantité notable est indiquée par un anneau de réduction jaune, puis rouge, à la zone de contact des deux liquides, si l'on opère dans un tube à essai. La réduction produite par le glucose est immédiate. Il est cependant plus facile d'opérer dans un petit ballon (60 cm³ par exemple) : on y fait bouillir 10 ou 20 cm³ de réactif cupro-alcalin, sans avoir à craindre les projections fréquentes avec les tubes à essai ; le liquide bouillant est additionné d'urine déféquée qui se mélange instantanément au réactif ; on rétablit l'ébullition *quelques secondes* et on laisse reposer sur une surface blanche ; le glucose, s'il y en a, donne un dépôt d'oxydule très aisément perceptible alors même que la liqueur n'a pas été décolorée sensiblement. Ce dépôt d'oxydule est caractéristique de la présence du glucose.

Dosage. — La plupart des réactions que nous avons indiquées ont servi à rétablir des procédés de dosage. Nous ne parlerons que du dosage par la liqueur cupro-alcaline. Ce procédé lui-même a été l'objet de nombreuses modifications. On peut recueillir, avec des précautions spéciales, l'oxydule formé, et déduire du poids de cuivre précipité, la quantité de glucose ; on opère alors en présence d'un excès de liqueur cuivrique. Dans ces conditions les résultats sont très rigoureux, mais les difficultés de l'opération sont notablement augmentées. Plus communément on fait agir sur le réactif cuivrique la solution sucrée jusqu'à réduction complète. Le terme de la réaction est indiqué par la disparition de la couleur bleue.

La liqueur cupro-alcaline est préalablement titrée, il faut généralement avec les formules usuelles cinq centigrammes de glucose (10 cm³ d'une solution à 5 pour 1000) pour réduire complètement 10 cm³ de liqueur de Fehling ou 20 cm³ du mélange des deux liqueurs cuivrique et tartrique.

Il est important d'opérer le dosage dans des conditions aussi voisines que possible de celles du titrage. On place dans une capsule en porcelaine ou dans un ballon de 150 cm³ en verre blanc, 10 cm³ de liqueur de Fehling ou 20 cm³ d'un mélange à parties égales des solutions cuivrique et tartrique ; on porte à l'ébullition et l'on verse goutte à goutte en maintenant l'ébullition le liquide sucré jusqu'à disparition de la coloration bleue ; lorsque la décoloration est obtenue, deux ou trois gouttes de liquide sucré en excès produisent une coloration jaune très appréciable, indiquant que le terme de la réaction est dépassé. Soit n le nombre de cm³ employés et 0 gr. 05 la quantité de glucose anhydre nécessaire pour réduire complètement le volume de liqueur cupro-alcaline employée. La quantité de glucose dans un litre de liqueur sera :

$$= \frac{0,05 \times 1000}{n}$$

Si cette quantité de glucose calculée est très différente de 5 gr. par litre, il se présente 2 cas : ou bien il y a plus de 10 gr. par litre, il faudra diluer la liqueur pour la ramener à une concentration voisine de 5 gr. et recommencer le dosage.

Ou bien il y a moins de 2 grammes par litre, dans ce cas on fera bouillir 10 cm³ de liqueur de Fehling ou 20 cm³ du mélange des liqueurs cuivrique et tartrique avec 20 cm³ de liqueur sucrée et on achèvera la décoloration avec une solution titrée de glucose. Il sera nécessaire d'employer un volume de solution glucosée contenant p de glucose. La liqueur examinée renfermera par litre un poids de glucose.

$$x = \frac{(0,05 - p) \times 1000}{20} = (0.05 \; p -) \; 50$$

Le poids de glucose étant calculé pour un litre de liqueur déféquée, il faut tenir compte de la dilution, c'est-à-dire multiplier le résultat par 11/10 si l'on a déféqué par le sous-acétate de plomb ou le réactif de Courtonne et le sulfate ou carbonate cristallisé ; on le multiplie par 2 si l'on a déféqué par le réactif de Patein.

N. La décoloration de la liqueur bleue est quelquefois difficile à saisir surtout pour les urines pauvres en glucose. On peut recourir à la modification Causse-Bonnans; on ajoute au réactif cuivrique 5 cm³ de ferrocyanure de potassium à 5 % qui maintiennent en solution l'oxyde cuivreux ; la liqueur bouillante devient, par addition de solution sucrée, verte, puis jaune et brunit brusquement ; c'est le terme de la réaction.

Le titre n'est pas le même qu'en l'absence de ferrocyanure ; il faut donc faire un titrage dans les mêmes conditions opératoires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1909

Résumé des travaux de l'Académie pendant l'année 1908, par M. ***Bucquoy.***

Allocution de M. ***Labbé*** qui prend la présidence.

De l'emploi des sels arsenicaux en agriculture. — M. ***Moureu*** vient apporter les conclusions de la Commission chargée d'étudier cette question. Il y a lieu de prohiber l'usage de ces sels en raison des graves dangers qu'ils présentent : souillure des herbages, légumes, grappes, — méprises possibles.

Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie. — M. ***Marinesco*** (de Bucarest) adresse à l'Académie un travail que présente M. ***Raymond.*** Devant les propriétés destructives des rayons X contre les éléments cellulaires de nouvelle formation, dans certains cas pathologiques, devant les résultats favorables obtenus par MM. Raymond, Babinski, etc., M. Marinesco a appliqué la radiothérapie à trois cas de sclérose en plaques. Les résultats ont été très favorables dans deux de ces cas, nuls dans le troisième.

Le prix Orfila en 1910. — Le programme du concours est ainsi modifié pour 1910 :

Prix Orfila, partage interdit, 6000 francs, pli cacheté.

Question : De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1909.

Cirrhose du foie d'origine hydatique. Echinococcose secondaire. — M. ***Cramwell.*** — Les kystes hydatiques du foie sont particulièrement fréquents dans la République Argentine, ce qui m'a permis d'en observer et d'en opérer un très grand nombre. D'une façon générale, la présence d'un kyste dans le foie entraîne une atrophie du tissu hépatique avoisinant, due à des lésions d'origine mécanique et inflammatoire, atrophie qui est, d'ordinaire, compensée par une hypertrophie compensatrice des lobes sains.

En outre, le liquide hydatique contient des ptomaïnes qui dans certaines circonstances semblent capables de provoquer une forme de cirrhose hépatique. C'est ainsi que, chez une enfant de 13 ans, opérée de plusieurs kystes hydatiques successifs, et qui finalement succomba, j'ai constaté une cirrhose des plus nettes, cirrhose semblable à la cirrhose éthylique, biveineuse, avec néoformation de canalicules biliaires, dilatations vasculaires. Or, elle n'avait aucun antécédent éthylique. Les opérations successives qu'elle avait subies avaient pu amener à plusieurs reprises l'absorption de toxines hydatiques. En outre un des kystes comprimait la veine porte.

L'échinococcose secondaire du péritoine due à la rupture d'un kyste hydatique est une maladie grave donnant une sorte de péritonite et déterminant une véritable septicémie péritonéale. On peut, dans ces cas, trouver dans le ventre un nombre énorme de kystes. Chez un de mes malades, je trouvai les reins, le péritoine remplis de kystes. Le foie, volumineux, plein de kystes, était adhérent au diaphragme et cette adhérence était due au développement d'un grand nombre de kystes entre le foie et le diaphragme, en dehors de la capsule de Glisson.

La rupture du kyste peut être spontanée, succéder à un effort ou à un traumatisme, ou encore à une ponction. Etant donnée la multiplicité des kystes dans ces echinococcoses secondaires, la chirurgie demeure impuissante.

M. ***Monod.*** — J'ai pu voir 2 cas d'echinococcose secondaire. Le 1er est mort. Dans le second, j'injectai dans la cavité des kystes que je ne pus enlever une faible quantité de formol. La malade guérit ; mais il n'y a encore qu'un an d'écoulé.

M. ***Routier.*** — J'ai remarqué la fréquence de la tuberculose chez mes anciens opérés de kystes hydatiques.

M. ***Quénu.*** — Cette fréquence a été souvent notée. Quant à la pratique conseillée par M. Monod, elle me semble pouvoir devenir dangereuse si le nombre des kystes est très considérable. Dans un cas où je l'ai employée, ma malade est morte avec des phénomènes d'anurie qui peuvent peut-être être dus au formol.

M. ***Auvray.*** — Dans un cas d'ensemencement péritonéal j'ai trouvé le péritoine absolument farci de kystes de toutes tailles. La malade succomba.

M. ***Mauclaire.*** — M. C. a t-il parfois observé des cas de kyste hydatique primitif du péritoine ?

M. ***Potherat.*** — Quand les kystes péritonéaux sont très nombreux, le formolage est impossible.

M. ***Guinard*** se demande si la tuberculose, si souvent observée chez les sujets opérés de kystes hydatiques, n'est pas en réalité la cause même du kyste et si le parasite, chez ces sujets, n'a pas été absorbé en mangeant de la viande crue.

M. ***Cramwell.*** — Je n'ai pas remarqué que la tuberculose fût fréquente chez mes anciens opérés. Quant à l'existence de kystes primitifs du péritoine, je l'ai observée quelquefois sans trouver de kyste en aucun autre point.

Rupture de l'aorte. — M. ***Demoulin.*** — J'ai eu déjà l'occasion de parler d'un cas de rupture spontanée de l'aorte survenue chez un sujet de 26 ans à l'occasion d'un effort insignifiant. La pièce a été examinée par M. Letulle qui va nous donner les résultats de son examen, qui démontre que l'on ne peut considérer cette rupture comme la conséquence de l'effort et que ce n'est pas là un accident du travail.

M. ***Letulle.*** — L'examen de la pièce m'a démontré qu'il s'agissait là d'une lésion tout à fait spéciale. Les membranes aortiques étaient le siège de lésions scléreuses, fibreuses, anciennes, donnant à la pièce un aspect moiré. A ce niveau, ces membranes étaient fortement atrophiées.

Il s'agissait donc bien d'une *aortite chronique atrophique.* La rupture s'était certainement faite en 2 temps. Dans le 1er, la membrane interne s'était rompue ; dans le second, les autres membranes avaient cédé à la poussée du sang qui avait d'abord décollé la membrane interne.

Cette rupture s'était faite sur une aorte malade, car à son voisinage on trouvait de l'aortite graisseuse ancienne sans calcification.

Quelle était la cause de cette aortite atrophique ? Les vasovasorum étaient le siège d'une inflammation végétante, d'artérite chronique végétante. L'épicarde présentait, lui aussi, des lésions inflammatoires chroniques et végétantes. Dans le poumon je trouvai aussi une lésion pleuro-pulmonaire en un point limité, une sclérose profonde. Tout cela une seule maladie était capable de l'avoir produit : la syphilis.

La rupture a donc été spontanée et le traumatisme n'a pas eu besoin d'intervenir,

M. ***Périer.*** — Il y a eu dans cette affaire immixtion de la justice. Le tribunal a accordé à la veuve une rente. Mais en appel, la cour a cassé le premier jugement. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 janvier 1909.

La séance fut consacrée à la lecture du panégyrique des membres décédés dans l'année. M. le Dr Siredey, secrétaire général, s'est acquitté de cette tâche avec sa verve coutumière.

Les disparus étaient Cornil, Joffroy et Gille.

Le professeur Cornil (1837-1908) fut chef de clinique de Bouillaud, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté jusqu'en 1907, médecin des hôpitaux jusqu'en 1902, membre de l'Académie de médecine, sénateur de l'Allier.

Le professeur Joffroy (1844-1908) fut nommé interne en 1867 et fut successivement élève de Vulpian, Charcot, Giraldès, Barthez, Parrot, Nillard, Lorrain, Claude Bernard. Médecin des hôpitaux, professeur de clinique mentale, il mourut en pleine activité.

Gille (1854-1908), médecin de l'hospice Brezin, à Garches, était membre de la Société depuis 1883. Il fut un grand travailleur et surtout un grand mutualiste, fonda le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles. La donation de sa fortune à l'Association générale des médecins de France montra qu'il n'était pas seulement un propagateur d'idées, mais qu'il savait aussi les mettre en pratique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 9 janvier 1909.— Présidence de M. Buret, président.

Installation du bureau.— ***M. Paul Guillon***, secrétaire général, lit une notice où il rend hommage aux membres décédés et où il rend compte des travaux effectués pendant le courant de l'année 1908.

M. Dignat, président sortant, cède le fauteuil à M. Buret, élu président de la Société pour l'année 1909.

De l'état antérieur dans les accidents du travail.— ***M. Dabout*** est partisan de tenir compte de l'état antérieur dans les accidents du travail ; puis il rappelle les différentes théories et les articles publiés sur cette question dans ces dernières années et il s'appuie sur des considérations juridiques et médicales ; entre autres, il fait une distinction entre la capacité ouvrière proprement dite et la capacité professionnelle et donne des exemples nombreux de différents cas pathologiques où l'influence de l'état antérieur est l'évidence même. Il conclut en disant que l'expertise médico-légale devient inutile si l'on ne veut pas tenir compte de l'état antérieur du sujet. Dans ce cas, il n'y aurait qu'à se rapporter aux barèmes si nombreux publiés dans des manuels où rentrent la plupart des cas confiés aux experts.

M. Smester.—Il y a des cas multiples d'affection acquise par l'ouvrier au cours même de son travail et qui complique ou aggrave les accidents. Serait-il juste de faire subir une diminution d'indemnité à cet ouvrier, à l'occasion d'un accident qui s'aggrave du fait d'une affection grave acquise dans les établissements où il travaille ?

M. Antonelli. — La question intéresse le capital ouvrier engagé dans les assurances syndicales ou mutualistes tendant à se substituer aux Compagnies d'assurance. Les oculistes sont bien placés pour juger de l'importance de *l'état antérieur* dont il est juste à tout point de vue de tenir compte dans l'évaluation définitive des responsabilités. Certainement. *le livre de santé*, et surtout *d'état oculaire* pour chaque ouvrier, serait précieux pour le jugement précis de toute suite d'accident du travail. Mais pratiquement, il est impossible d'obtenir ce livret, car l'examen médical de l'ouvrier au moment de l'embauchage n'est fait que par quelques grandes entreprises, par exemple les Compagnies de chemin de fer, et ne peut pas se généraliser.

Tables et maisons de régime.— ***M. Chassevant*** estime que les cartes de régime conviennent mieux que les tables de régime dans les stations hydrominérales. Ces cartes doivent être établies par l'ensemble des médecins de la station ; mais chaque médecin traitant doit préciser qualitativement et quantitativement la ration alimentaire du malade. Cette notion doit être établie scientifiquement par les méthodes physiologiques et chimiques précises. Le médecin doit se renseigner d'une manière complète sur le bilan nutritif de son malade, du chimisme stomacal, de l'évolution du bol alimentaire, de l'assimilation de la désassimilation. Ces investigations scientifiques sont indispensables pour établir le diagnostic et le traitement des dyspepsies, diabètes et albuminurie.

M. Le Rouvillois (de Bourbon-l'Archambault). Il y a autant de régimes que de malades, ce qui rend très difficile, si ce n'est impossible, l'organisation de tables spéciales. Le médecin thermal doit se borner à prescrire par écrit à ses clients le régime dont ils ont besoin et c'est à ceux-ci à en réclamer l'exécution dans leur hôtel. Ce sera facile s'ils ont la ferme volonté de l'obtenir en prenant leurs repas à des tables séparées. L'institution des maisons de régime sera excellente. C'est la meilleure solution de la question, car les hôteliers redoutant leur concurrence, mettront de la bonne volonté pour satisfaire ceux de leurs clients astreints à une alimentation particulière.

M. Marcel Labbé.— Les rapports de M. Mazeran et de M. Dedet marquent l'heureuse tendance des médecins d'aujourd'hui à s'occuper de la diététique autant que de la pharmaceutique. C'est grâce au soin que nous prendrons de la diététique et de l'organisation culinaire que nous parviendrons à donner à nos stations hydro-minérales les qualités qu'elles méritent et que certaines stations allemandes et suisses possèdent à un plus haut degré. Mais la même formule ne peut s'appliquer à toutes les stations, il y en a dont la spécialisation unique rend l'organisation facile et permet l'institution des *tables de régime*.

Dans d'autres, une spécialisation multiple nécessite des *cartes de régime*.

D'autres, enfin, reçoivent des malades ayant besoin de régimes différents et individuellement distincts en qualité et en quantité de sorte que la maison de régimes y est indispensable.

M. Maurice Faure.— Il s'est produit une évolution dans la thérapeutique et c'est pour avoir compris mieux que nous et plus vite cette évolution que nombre de maisons et de stations étrangères ont prospéré mieux que les nôtres. Pas plus que le chirurgien ne se désintéresse de l'opération qu'il a prescrite et qu'il exécute lui-même, le médecin spécialisé dans la cure des maladies de la nutrition ne peut se désintéresser de la préparation des régimes et de leur consommation. Il en est de même d'ailleurs dans les maladies de plus en plus nombreuses dont la thérapeutique est devenue active et exige le concours d'installation, de matériel, de climats, d'eaux, etc., bref, ne peut, par conséquent, s'exécuter partout et notamment au domicile du malade.

CORRESPONDANCE

A propos de l'enseignement de l'ostéologie humaine.

Certes, il y a du vrai dans ce qu'a écrit récemment M. P. Carnot sur l'*hypertrophie de l'enseignement anatomique*, dans les Facultés et Ecoles de Médecine (1) ! Mais cette *hypertrophie* n'existe, à mon sens, que pour les exercices de *dissections musculaires* ! — Jamais un étudiant ne dissèquera trop de *vaisseaux* et de *nerfs*, dont la distribution est si difficile à retenir.

Mais le point sur lequel je voudrais insister ici est autre ; et je désirerais signaler à nos professeurs d'anatomie une lacune *énorme* dans l'enseignement de l'*Ostéologie humaine*, pourtant remarquablement organisé jadis par le Dr Farabeuf, alors que je sortais d'une... église, comme la jeune fille de dix-huit ans, de la chanson célèbre !

On met, certes, entre les mains de nos étudiants, des OS ENTIERS et, après quelques semaines d'exercices et de travail, ils arrivent à les *reconnaître* (diagnostic absolument indispensable à l'examen), tant bien que mal (2). Sur ce point, rien à dire.

Mais, placez entre les mains d'un interne des hôpitaux de Paris, voire même d'un chirurgien des hôpitaux, un fragment assez petit, d'*os humain mélange à des débris d'os d'animaux.* Dans la grande majorité des cas, cet homme, pourtant très instruit, sera obligé, *faute d'exercices pratiques antérieurs*, de donner sa langue aux chiens ou se tromper du tout au tout. L'épreuve a été faite ! Or, il n'est pas admissible qu'un médecin appelé à jouer comme *médecin legiste*, un jour ou l'autre, un rôle considérable dans certaines expertises judiciaires, ne soit pas capable de faire ces déterminations capitales et faites après études et préparations spéciales.

Je demande donc qu'aux démonstrations pratiques d'*ostéologie sur os entiers* dans les Ecoles, on ajoute des *exercices* (qui seront sanctionnés par des questions spéciales à l'examen correspondant) sur des *débris d'ossements humains, assez petits*. Pour les rendre aussi fructueux que cela est utile, il est nécessaire de

(1) P. Carnot. — *Les manifestations des Etudiants et la crise de l'anatomie. Progrès médical*, Paris, 1908, 21 nov., p. 813-815.

(2) Plutôt *mal* pour les os difficiles (carpe, tarse, vertèbres, etc.).

mélanger ces débris avec d'autres des *animaux communs* (moutons, veaux, chèvres, bœufs, cheval, etc.).

Si j'insiste sur ce point d'une manière qui paraîtra à beaucoup de maîtres tout à fait exagérée, c'est que depuis bientôt dix ans que je me suis spécialisé dans l'étude des *ossements préhistoriques* et des *débris osseux* extraits des sépultures aussi bien modernes qu'anciennes, j'ai pu me convaincre que nombre de médecins de la campagne et de la ville étaient dans l'impossibilité de faire une *détermination précise* et *complète* d'un *débris osseux*, dès qu'il n'atteint pas une certaine dimension, et que, dans ces conditions, ils prenaient souvent des morceaux d'os *d'animaux* pour des débris humains !

Il y a là un *danger social réel*, sur lequel il fallait attirer l'attention, en ce qui concerne les expertises médicales, les exhumations, etc.

Il n'y a qu'un moyen d'y parer : c'est, à l'Ecole, *d'apprendre à nos jeunes étudiants à déterminer* de façon impeccable non seulement des *os entiers* comme le fémur, mais *les plus petits débris osseux du squelette humain* !

Les mêmes réflexions s'appliquent, bien entendu, pour l'enseignement de l'*anatomie comparée*, dans les Ecoles vétérinaires ; de *paléontologie* et de zoologie dans la Faculté des Sciences et le Muséum d'Histoire naturelle de Paris, où l'on fait aussi des cours d'anatomie. Marcel Baudouin.

XXIe CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1908).

(*Suite*) (1).

M. **Kirmisson**. — J'ai plusieurs fois essayé dans le traitement des cavités osseuses pathologiques la méthode de Mosetig-Moorhof. J'ai été frappé de son innocuité. Quant à ses résultats, je crois que l'on ne peut qu'assez rarement espérer une réunion par première intention. Le plus souvent j'ai eu une désunion partielle. Mais malgré cela, la guérison a été plus rapide que les anciennes méthodes. C'est donc une bonne pratique qui mérite d'être employée. Le point délicat est l'asepsie de la cavité ; il faut donc s'appliquer à perfectionner la technique, car c'est là le point d'échappement de la méthode.

M. **Lucas-Championnière** (de Paris). — Je crois que tous ceux qui ont une longue pratique de la chirurgie osseuse penseront avec moi que les cavités osseuses guérissent vite et facilement quand elles sont parfaitement désinfectées, à condition qu'il subsiste un peu de croûte osseuse et de périoste.

Je ne crois pas qu'on puisse avoir souvent l'occasion d'employer cette méthode de plombage. Ollier avait des résultats excellents grâce au fer rouge. Les antiseptiques puissants sont également précieux à cet égard. Le meilleur de la méthode de M. M. est la soigneuse désinfection que l'on fait de l'os. Je n'en suis donc pas très partisan parce que je crois que, si bonne qu'elle puisse être dans certains cas, les indications en sont très exceptionnelles.

M. **Roux** (de Lausanne). — Je crois aussi que ces plombages sont le plus souvent inutiles. Je désire attirer l'attention sur les résultats qu'on peut obtenir dans ces cas par la méthode de Bier. L'un de mes assistants a obtenu des guérisons remarquables grâce à l'emploi de la bande de Bier appliquée pendant 20 heures par jour.

M. **Delagénière** (du Mans) a en effet obtenu des guérisons rapides dans plusieurs cas grâce à cette méthode qui lui a même permis parfois d'éviter des évidements.

Questions diverses. Indications du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. **Brauer** (de Marburg). — Les opérations possibles contre les maladies pulmonaires peuvent se diviser en 4 catégories : 1° celles par lesquelles on pénètre dans le tissu pulmonaire même ; 2° celles dans lesquelles on résèque une portion du parenchyme pulmonaire ; 3° celles qui sont destinées à provoquer le collapsus du poumon ; 4° celles qui agissent sur le thorax, pour influencer la mécanique pulmonaire.

Les opérations des deux premières catégories ne sont guère utilisables contre la tuberculose pulmonaire. Pour agir sur le poumon, les procédés qui favorisent les méthodes naturelles de guérison sont les meilleurs. D'après Freund, l'ouverture supérieure du thorax, son élargissement par la chondrotomie, auraient une excellente influence sur la marche de la tuberculose en augmentant la vitalité des sommets pulmonaires.

Cet avis ne doit, croyons-nous, être adopté qu'avec réserves. Cette méthode ne doit exercer qu'une action prophylactique, mais cette opération, en tant que méthode curative, est peu recommandable. Ce qu'il faut chercher, le but qu'il faut atteindre, c'est le repos de l'organe malade.

Aussi la méthode du pneumothorax artificiel provoquant le collapsus pulmonaire nous semble-t-elle bien préférable.

On a d'ailleurs pu dans plusieurs cas constater anatomiquement l'influence heureuse de ce procédé qui permet au poumon rétracté mis au repos de se cicatriser. Les lésions pulmonaires se sclérosent et guérissent peu à peu.

Cette opération ne nous semble indiquée que si le traitement médical mis en œuvre échoue. Mais dans ces conditions on est en droit de tenter l'opération.

Le collapsus pulmonaire peut se réaliser de deux façons : soit à l'aide d'un pneumothorax si le poumon est libre d'adhérences, soit à l'aide d'une thoracoplastie extrapleurale étendue s'il y a des adhérences fixant le poumon et en empêchant la rétraction, cette méthode étant une opération de nécessité donnant de moins bons résultats.

Tous les malades que j'ai opérés avaient auparavant suivi sans résultat le traitement du sanatorium.

On a craint que le pneumothorax d'un côté ne donne de l'extension à la tuberculose du côté opposé. Mais ce a ne semble pas se réaliser. On lui a aussi reproché de provoquer l'infection de la plèvre : quatre fois en effet j'ai vu se produire un empyème tuberculeux. Mais le plus souvent la cavité pleurale demeure sèche ou donne un exsudat séreux peu important.

La chirurgie d'urgence intra-thoracique. — M. **Baudet** (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois pour des plaies du cœur ou du poumon. J'ai constaté que pour intervenir sur le cœur il faut que l'incision à lambeau externe, comprenant 3 côtes, soit prolongée très en arrière. Lorsque le poumon est adhérent, les difficultés de l'opération sont considérablement augmentées : les plaies du poumon dues à des traumatismes relativement insignifiants sont en pareil cas énormes parce que le poumon ne peut pas fuir ; en outre il devient tout à fait impossible d'attirer le poumon dans la plaie.

Dans les plaies du poumon j'ai parfois constaté l'existence d'un bruit de rouet qui peut faire croire à une blessure cardiaque.

Les observations que j'ai pu faire me semblent devoir pousser à faire dans les plaies du poumon une plus grande place à la thoracotomie et même à la thoracotomie exploratrice.

M. **Walther** signale l'observation d'une malade qui, après une chute grave, présenta un emphysème rapidement progressif et énorme. La malade paraissait presque mourante. Une incision faite au niveau de la côte fracturée permit de constater que le poumon avait été embroché par l'un des fragments et y était resté accroché. On le libéra et on se contenta de drainer. Tout se termina bien.

Traitement opératoire de l'empyème chronique. — M. **Ceci** (de Pise). — Après une expérience de 18 ans, je crois que ma méthode du traitement opératoire de l'empyème chronique *à ciel ouvert*, exposée au Congrès international de Rome de 1894, est jusqu'à présent la plus logique et la plus sûre. Si la décortication à la *Delorme* n'a été déjà pratiquée comme opération préliminaire, on pourra bien l'essayer en ouvrant le thorax au commencement de mon opération. On pratique ma méthode avec une incision en forme d'H renversé dont le

(1) Voir le numéro 2, 1909, nos 51, 49 et précédents, de 1908.

trait d'union se dirige obliquement de la région rétroscapulaire vers la région latéro-inférieure du thorax, le long de la grande convexité costale latérale. La branche inférieure, plus étendue, est tirée sur la direction de la 8e ou de la 9e côte ; la supérieure, plus petite, à une hauteur variable, selon l'extension de la cavité de l'empyème. On obtient ainsi deux grands lambeaux cutanés : antérieur et postérieur. Puis on pratique une large démolition du thorax (en comprenant les côtes, les espaces intercostaux et la plèvre pariétale épaissie), plus étendue en bas, de l'extrémité antérieure sternale des côtes à leur col.

On peut pratiquer la résection sous-périostée de toutes les côtes et ensuite enlever la paroi thoracique avec la plèvre pariétale, ou bien, après avoir ôté les deux côtes inférieures (la Xe et la IXe ou la IXe et la VIIIe) et reséqué la région intercostale correspondante, on pénètre dans la cavité de la plèvre, on limite soigneusement son extension et on enlève *in toto* la paroi thoracique, en incisant les côtes, les muscles intercostaux et la plèvre pariétale par une pince coupante.

Ainsi les dépressions antérieures et postérieures de la cavité de la plèvre sont enlevées et on obtient de son fond une surface la plus régulière possible.

La destruction de la paroi thoracique pour des larges empyèmes doit être pratiquée dans diverses séances opératoires dont les intervalles plus ou moins éloignés peuvent permettre au malade de reprendre ses forces ; ainsi il pourra résister aux opérations ultérieures et l'expansion du poumon comprimé pourra se compléter.

Les destructions répétées de la paroi thoracique ont surtout pour but de maitriser le dôme de la cavité de l'empyème et de creuser une fente derrière l'omoplate, dont l'aile peut être, s'il est nécessaire, reséquée.

Au contraire, je trouve contre-indiquée la résection de la première côte et celle de la clavicule aussi. Les lambeaux cutanés sont placés sur les côtés de la cavité recouvrant les moignons costaux, vertébraux et sternaux et leurs rebords sont suturés à la plèvre viscérale.

On obtient ainsi une gouttière ouverte, dont le fond est constitué par la plèvre viscérale. Si la prolifération épidermique des rebords des lambeaux ne suffit pas à couvrir le fond de la gouttière, on peut le tapisser par des greffes épidermiques à la *Thiersch* ou par d'autres lambeaux auto plastiques pris sur les côtés de la gouttière. Après guérison complète, le segment thoracique antérieur reste presque appliqué au postérieur et le poumon se trouve ainsi protégé.

En écartant l'épaule en avant, on découvre une profonde fissure oblique d'avant en arrière et de bas en haut qui de la région antéro inférieure du thorax va jusque derrière l'omoplate. Le fond de cette fissure forme une poche thoracique épidermisée.

Les mouvements du membre supérieur du côté opéré ne restent pas gênés. La scoliose consécutive, dans mon traitement *à ciel ouvert*, est presque inexistante.

Aux 5 cas exposés au Congrès de Rome, je dois ajouter 11 cas d'empyème chronique opérés par moi et par mes aides dans la clinique chirurgicale de Pise. De ces malades 9 ont guéri et 2 sont morts. Dans l'ensemble des 16 cas opérés on a 3 morts, c'est-à-dire la mortalité de 18,7 %. Toutes les guérisons sont complètes ; pas de fistule thoracique.

Traitement opératoire des pleurésies purulentes. — **M. Reynès** (de **Marseille**). — Depuis 1900, j'ai souvent employé, avec succès, contre des pleurésies purulentes aiguës ou chroniques, métapneumoniques ou bacillaires, un traitement opératoire qui offre certaines particularités.

Suivant l'âge de la cavité purulente, le durcissement rétractif de ses parois viscérales, et la perte de l'élasticité pulmonaire, je fais une thoracotomie plus ou moins large réséquant jusqu'à cinq ou six côtes.

Dans presque tous les cas, sauf ceux où la pleurésie récente a des parois encore saines, souples et non végétantes, j'ai pratiqué le *curage digital* ou le *curettage à la curette* des parois pleurales thoraciques, pulmonaires ou diaphragmatiques. C'est le seul moyen de détacher ces couennes fibrino-spongieuses épaisses, ou ces énormes masses caséeuses qui tapissent si souvent les parois, et dont l'élimination spontanée est si lente. Un frottage avec des gazes montées sur pinces courbes perfectionne le nettoyage. Pour bien évacuer tout liquide séro purulent, je fais redresser un instant le malade, et l'incline de façon à diriger en bas la brèche thoracique : dès lors tout est propre et vidé. Je mets un drain, mais *je ne fais aucun lavage* : l'hydro-minéralisme de nos antiseptiques liquides ne sert de rien ici, et peut même nuire aux propriétés défensives et bactériologiques des sécrétions séro-organiques. Pansement aseptique. Guérisons rapides. Ce curage prudent, précédé d'ailleurs d'un toucher explorateur, m'a paru sans danger, vu l'épaisseur ordinaire des parois.

M. **Walther** (de Paris). — Je crois que la pratique conseillée par M. Reynès peut être dangereuse et que c'est s'exposer à de grands risques que d'aller chercher avec le doigt et surtout avec la curette ces masses fibrineuses.

La pleurésie purulente peut parfaitement guérir très vite lorsqu'on incise vraiment au point déclive, à condition cependant que la pleurésie ne soit pas trop ancienne et qu'on ne se serve de drains courts.

Pour inciser au point déclive, il faut aller non au sinus costo-diaphragmatique, mais à l'angle postérieur des côtes, très près de la colonne vertébrale, vers le 8e espace. Ainsi placée, l'incision permet l'assèchement complet de ces cavités et dans ces conditions on évitera l'empyème chronique.

(*A suivre.*) Ch. Le Braz.

ANALYSES

De la réaction du liquide céphalo-rachidien au cours de quelques dermatoses des jeunes enfants ; par M. Marcel Ferrand. (*Gazette des hôpitaux*, 10 novembre 1908, page 1539.)

Au cours de certaines dermatoses des jeunes enfants, dans les dermites des nourrissons, dans le prurigo, la gale, on observe assez fréquemment une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien.

Cette réaction est inconstante ; elle ne prend en général une importance — au moins dans les cas rencontrés par F. — que dans les dermites papuleuses florides (érythèmes lenticulaires) et les prurigos étendus et en pleine activité.

Elle est alors, objectivement, fort comparable à celle qu'on peut observer dans les manifestations cutanées de la syphilis acquise ou héréditaire.

Aussi, en l'absence de tout antécédent ou de tout stigmate de nature franchement spécifique, la constatation d'une lymphocytose méningée ne nous paraît avoir dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis qu'une valeur relative. Et même dans les cas où ces antécédents existent, il est de toute nécessité, pour que cette réaction garde une valeur sérieuse, qu'elle soit interprétée.

G. M.

L'anesthésie régionale par la rachistovaïnisation ; par Pop Avramesco. (*Revue neurologique*, 30 octobre 1908, page 1090.)

A la suite d'un grand nombre de rachistovaïnisations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1o Par la rachistovaïnisation ce n'est pas la moelle elle même qui est anesthésiée, mais ce sont seulement les racines des nerfs rachidiens ;

2o Pour anesthésier une région quelconque du corps par la rachistovaïnisation, il faut injecter la stovaïne au niveau des racines des nerfs rachidiens qui innervent la région qu'on doit opérer.

Entre les IVe et Ve vertèbres lombaires, pour l'anesthésie des organes génitaux.

Entre les Ire et la IIe vertèbres lombaires, pour l'anesthésie de l'abdomen au-dessous de l'ombilic,

Entre les VIe et VIIe vertèbres dorsales, pour l'abdomen au-dessus de l'ombilic.

Plus haut, on ne peut pratiquer l'injection, car il en résulte-

rait la paralysie du nerf phrénique (du muscle diaphragme), qui, associée à la paralysie des muscles du thorax, déterminerait l'asphyxie du malade.

La dose de stovaïne sera diminuée à mesure que l'on montera vers la région cervicale et à mesure que l'âge du malade sera moins avancé, autrement des accidents sont à craindre. Il n'y a pas de lésion de la moelle avec une technique prudente.

G. M.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas de Radiologie normale : par les Drs Hauchamps, Klyncus et Mahoux, 1 vol. de 300 pages, 153 schémas et radiogrammes (grandeur naturelle. (Librairies F. Ernest à Bruxelles. et O. Doin, 8, place de l'Odéon, à Paris.)

La connaissance préalable des images radiographiques normales est indispensable à qui veut interpréter un cliché de fracture, de luxation, de lésion viscérale ; elle est le meilleur moyen d'éviter les prétendues erreurs de la radiographie, lesquelles suivant la remarque des auteurs, ne sont que des erreurs d'interprétation. L'atlas publié par H., K et M. facilitera aux médecins cette étude du sujet normal, grâce à de très nombreuses illustrations et au texte qui les éclaire. Les auteurs exposent d'abord la technique générale de la radiologie (appareils et leur mode d'emploi), puis, dans une série de chapitres, ils étudient successivement les images données par le squelette et spécialement les régions articulaires, les organes thoraciques (cœur, aorte, poumons).

Ch. L.

Traité des maladies des voies urinaires ; par les Drs Desnos et Minet, 2 vol. de 109 pages avec 289 figures et 8 planches en couleur. (Librairie O. Doin, 8 place de l'Odéon, à Paris.)

Les auteurs se sont proposé comme but « de composer un ouvrage qui permette à l'élève d'y trouver les éléments nécessaires à son instruction, au praticien un guide toujours prêt, au spécialiste un moyen de préciser ses souvenirs ».

Pour y parvenir, ils ont fait appel non seulement à leur expérience personnelle, mais encore aux nombreux travaux publiés sur la chirurgie urinaire dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger ; parmi ces travaux, ils ont fait une sélection sévère, ne retenant que les plus importants et évitant ainsi de se perdre dans une bibliographie inutile ; leur ouvrage conserve donc un caractère avant tout pratique. Les moyens nouveaux d'exploration vésicale et rénale (endoscopie, examen chimique des urines, exploration fonctionnelle du rein) y sont suffisamment exposés ; le traitement des diverses affections est étudié avec détails. L'illustration a été particulièrement soignée.

Ch. L.

La gymnastique raisonnée ; par Paz. (Rousset, éditeur.)

Petit livre destiné à vulgariser les méthodes de gymnastique en les appuyant sur des règles physiologiques. Cette nouvelle édition rendra service à tous ceux qui auront à diriger l'exécution de mouvements gymnastiques et auront à cœur de tirer de cette méthode le maximum de rendement.

P. C.

Les dilatations d'estomac ; par R. Gaultier. 1 vol. des *Actualités médicales*. (Baillière.)

L'auteur résume dans cette courte monographie l'état actuel de la question : il étudie successivement la pathogénie, puis la symptomatologie générale du syndrome, celle de ses diverses modalités (distension d'origine pylorique ; distension par atonie et ptose gastriques), enfin le traitement médical et chirurgical des diverses formes.

L'auteur insiste particulièrement sur les résultats donnés par la radioscopie, sur les indications et contre-indications de la gastro-entéro-anastomose, sur la place de choix de la bouche anastomatique pour conserver le fonctionnement duodénal, enfin sur la pratique du Prof. Robin dans le traitement médical des dilatations. Ces différents points donnent à cet opuscule un caractère personnel qui en font plus et mieux qu'une revue générale de la question.

P. C.

Les médicaments usuels ; par Martinet. (Masson, éditeur.)

M. Martinet fait paraître une 3e édition de son livre sur les *médicaments usuels*, conforme à la nouvelle édition du Codex, et qui comprend, à côté d'anciens chapitres sur un grand nombre de médicaments usuels (digitale, iodures, fer, opium, salicylates, etc.), d'autres chapitres sur la caféine et la théobromine, le chloral, les métaux colloïdaux, les ferments lactiques, etc. Le livre s'ouvre par une introduction à l'étude de la pharmacodynamie qui s'appuie sur les recherches chimiques et physiologiques récentes.

Comme dans les précédentes éditions, ce livre se remarque par son souci du détail utile et pratique : son succès précédent indique amplement l'intérêt qu'il présente pour le praticien.

P. C.

Thérapeutique clinique de la Syphilis ; par E. Emery, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis et A. Chatin, médecin des Eaux d'Uriage. 1 vol. gr. in-8°, de VIII 639 pages (Masson et Cie, Editeurs : 10 fr.)

Dans ce nouvel ouvrage, MM. Emery et Chatin nous donnent un exposé critique, complet et impartial, des différents procédés thérapeutiques appliqués à l'heure actuelle à la syphilis et guident le praticien dans le choix de la méthode ou du médicament le mieux approprié aux multiples manifestations de la maladie et aux conditions si diverses des malades. Les auteurs se sont livrés à une étude minutieuse des composés mercuriels et de leur posologie, décrivant avec détail la technique de leur administration et, par là, ils ont servi à la fois les intérêts du malade, appelé à bénéficier sans dommage d'une médication active, et ceux du praticien susceptible de reculer devant des risques trop souvent chimériques.

Ce volume est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'étude des médicaments antisyphilitiques, à leur mode d'administration et au traitement de la syphilis en général. Dans la seconde, les auteurs étudient les traitements locaux des accidents cutanés ou muqueux les plus habituels de la syphilis et ses principales manifestations viscérales. Pour donner toute sa valeur à l'exposé du traitement, les auteurs n'ont pas hésité à nous donner une description aussi brève que possible des différentes affections. Ils ont ainsi épargné de nouvelles recherches au médecin désireux d'explorer le domaine toujours croissant de la syphilis dans la pathologie générale et rendu leur œuvre plus claire, plus précise et plus utile au praticien.

G.M.

Les Merveilles de l'Hypnotisme ; par le Docteur Géraud-Bonnet, médecin praticien à Oran. Paris 1908, 1 volume in-8, 281 pages. Prix : 3 fr. 50 (Librairie J. Rousset 1, rue Casimir-Delavigne, Paris VIe.)

L'ouvrage que nous donne aujourd'hui le Dr Bonnet fait suite aux deux ouvrages antérieurs, déjà parus, sur l'hypnotisme thérapeutique et la transmission de la pensée.

Il forme, pourtant, un tout indépendant.

L'auteur commence par justifier le titre choisi. Les résultats que fournit l'hypnotisme, au point de vue scientifique, récréatif ou thérapeutique sont, en effet, merveilleux.

Après un compte rendu historique rapide, il expose la nature des nombreux états hypnotiques, variés, qui se présentent dans la pratique. Il les explique théoriquement, et dans plusieurs chapitres successifs, il fait connaître les applications diverses et multiples dont l'hypnotisme est susceptible. Il en fournit de nombreux exemples et rapporte des observations extrêmement curieuses et intéressantes.

Les personnes qui veulent se perfectionner dans la science de l'hypnotisme liront ce livre avec intérêt et en retireront grand profit.

G. M.



TRAVAUX ORIGINAUX

La mort par pneumonie dans l'asphyxie des vidangeurs ;

Par M. A. **GILBERT** prof. à la Faculté, médecin de Broussais et M. P. **DESCOMPS,** Interne des Hôpitaux.

Les ouvriers qui travaillent dans l'atmosphère des fosses d'aisances sont exposés à des accidents graves, souvent mortels, imputables, pour la plupart des auteurs, à la présence de gaz toxiques, et en particulier à l'hydrogène sulfuré. Ces gaz intoxiquent comme le fait l'oxyde de carbone, et si l'on range leur action sous la rubrique d'asphyxie,c'est parce que le mot est d'usage courant dans le langage médico-judiciaire.

Ces accidents sont bien connus des médecins légistes, et les traités spéciaux les mentionnent tous.

Il ne saurait être question ici de faire un historique complet de l'asphyxie des vidangeurs. Mais pour prouver l'intérêt qui s'attache depuis des siècles à cette question, nous rappellerons que Ramazzini, en 1650, ému du sort malheureux de la corporation des ouvriers vidangeurs, écrivit à leur intention son Traité des *Maladies des artisans* que nous avons pu consulter grâce à la traduction Pâtissier. Depuis lors, tous les médecins légistes se sont préoccupés de cette question, et nous devons citer plus spécialement les noms de Hallé, Chevreuil, Parent-Duchâtelet, Darcet, Chaussier, Dupuytren, Ployet, et plus récemment les leçons de Brouardel sur les asphyxies, les travaux de Laborde, d'Ogier, de Vibert, etc.

Malgré tout ce que l'on a pu écrire sur cette question, il reste encore des points bien obscurs, souvent contradictoires, toujours discutables, au sujet desquels il ne serait pas inutile d'apporter quelques précisions. Deux cas récents, que nous avons eu l'occasion d'observer simultanément à l'hôpital Broússais, nous semblent mériter à ce titre d'être rapportés. Ils se terminèrent tous deux par une pneumonie mortelle,l'un au 3e jour et l'autre au 4e. Cette terminaison par pneumonie de l'asphyxie des vidangeurs ne nous paraît pas avoir été mise en lumière, ainsi qu'ont pu nous en convaincre notre enquête bibliographiques et les renseignements oraux qu'ont bien voulu nous fournir des spécialistes autorisés.

Certes, tous les auteurs insistent sur divers accidents pulmonaires qui peuvent venir compliquer l'asphyxie des vidangeurs et entraîner la mort. Les broncho-pneumonies sont bien connues et Brouardel cite dans son livre sur les « Asphyxies » deux cas de *plomb des vidangeurs* terminés par catarrhe suffocant. Vibert, dans son Traité de Toxicologie, rapporte plusieurs observations de mort par œdème aigu du poumon.

Enfin tout le monde connaît la gangrène pulmonaire des vidangeurs,isolée pour la première fois par Jaccoud.

Mais de la pneumonie vraie, il n'est que peu ou pas question.

M. Balthazar, dans son *Précis de Médecine légale* de la bibliothèque Gilbert et Fournier, dit bien, que « les ouvriers vidangeurs accidentés, s'ils survivent, sont exposés à contracter quelques jours plus tard une pneumonie ». Mais ses précisions s'arrêtent là,,et il ne nous fournit aucun renseignement sur les caractères cliniques de cette pneumonie, ses formes anatomiques, sa terminaison. Au surplus, il ne s'agit là que d'une complication tardive, survenant plusieurs jours après l'accident initial, bien différente,nous le verrons, de l'histoire clinique de nos deux cas.

Cependant Jenner a rapporté l'histoire d'une épidémie de pneumonie survenue dans une école à la suite de l'arrivée par une bouche d'égout de gaz très fétides; de même Legendre a signalé des cas analogues de Sewergas-pneumonie ; et Dinstl a observé des faits de pneumonie par inhalation de gaz irritants : vapeur de chlore, d'acide nitreux, d'ammoniaque.

Mais si ces faits méritent d'être rapprochés des nôtres, ils ne leur sont point cependant comparables, puisqu'il s'agit, soit de gaz venus par des bouches d'égouts et ayant, par conséquent, une composition chimique autre que celle des gaz des fosses d'aisances, soit de gaz irritants (chlore. ammoniaque).Si bien qu'en définitive, ces faits de pneumonies, voisins des nôtres en apparence, s'en éloignent sensiblement à un examen plus attentif.

Pour toutes ces raisons, la publication de nos deux observations nous a paru présenter quelque intérêt. Peu familiarisés avec les questions de médecine légale, nous nous excusons, par avance, de n'y point apporter, peut-être, toutes les précisions désirables et la compétence de spécialistes.

Le 11 juillet 1908, entrent, salle Lasègue, à l'hôpital Broussais, les nommés R... 26 ans et J... 68 ans Ils sont sans connaissance, et les personnes qui les amènent à l'hôpital nous racontent l'accident suivant, dont ils viennent d'être victimes simultanément.

Ce sont deux ouvriers maçons, qui travaillaient à la réparation d'une vieille maison à Vanves. Chargés de remettre en état la fosse d'aisance, ils avaient dû,auparavant,curer le contenu de la fosse, travail qui n'avait pas été exécuté depuis de longues années. Munis de seaux, ils se mirent tous deux, avec l'aide d'un troisième ouvrier maçon, à effectuer cette besogne, qu'ils accomplissaient, du reste, pour la première fois de leur vie, ignorants par conséquent tous les dangers de cette manœuvre.

Après avoir brisé « *le chapeau* » et épuisé les matières liquides déposées sous cette croûte superficielle,ils arrivèrent à la couche solide, accumulée dans le fond, et dénommée *gratin* en terme de métier et dont l'ensemble forme la *pyramide* ou *heurte*. Ils la brisèrent à coups de lattes et essayèrent de la retirer ensuite sans pénétrer dans la fosse. N'y parvenant que difficilement, et trouvant que la besogne n'avançait pas assez vite, ils placèrent dans la fosse une échelle pour aller chercher directement le gratin et hâter son évacuation.

Les professionnels ne se décident en général à cette manœuvre dangereuse qu'après avoir pris des précautions, indiquées du reste avec beaucoup de précision dans des ordonnances de police multiples.

On sait, en effet, que l'atmosphère des fosses d'aisance est composée d'hydrogène sulfuré, de sulfhydrate d'ammoniaque. Si l'aération n'est pas obtenue par un tuyau d'échappement,il faut essayer de ventiler la fosse le mieux possible. M. Brouardel conseille en outre d'y verser du sulfure de fer pour fixer l'hydrogène sulfuré.

Puis, avant d'y pénétrer, les ouvriers ont encore coutume d'y descendre des lampes allumées, afin d'observer si elles y brûlent et, dans le cas contraire, d'y introduire un réchaud rempli de charbon bien allumé, que l'on renouvelle au fur et à mesure que le combustible s'éteint jusqu'à ce que le charbon brûle dans la fosse, comme s'il se trouvait exposé à l air libre. Un phénomène particulier accompagne souvent cette opération, c'est la production d'une auréole lumineuse autour du foyer ; elle a lieu toutes les fois qu'il existe de l'acide sulfhydrique en quantité suffisante dans l'atmosphère de la fosse, et les gens du métier disent alors, qu'ils brûlent *le plomb*, lorsqu'ils opèrent cette combustion, qui peut, parfois même, s'accompagner d'une petite explosion, occasionnée par la grande quantité de gaz sulfhydrique.

Enfin, après avoir pris toutes ces précautions, les vidangeurs ne descendent malgré tout dans la fosse qu'en fixant sous leurs aisselles, autour du thorax, une bricole qui permettra à leurs camarades, restés au dehors, de les remonter rapidement à l'air libre, devant la menace de l'asphyxie.

Dans le cas qui nous occupe, ces précautions ne furent point prises par les deux ouvriers maçons, très probablement plus ignorants du danger qu'ils allaient courir que véritablement imprudents.

Sans se faire attacher par une bricole, R... descendit le premier. A peine était-il arrivé aux derniers échelons que ses deux caramades entendirent un cri, suivi bientôt du bruit de la chute de leur compagnon au fond de la fosse. Sans réfléchir que le même sort l'attendait, s'il ne se faisait pas attacher, J... se précipita à son secours, et fut frappé à son tour dans les mêmes conditions.

Le troisième ouvrier, comprenant que descendre c'était, dans ces conditions, s'exposer, lui aussi, au même accident sans l'espoir de sauver ses camarades, courut chercher du secours. Aidé de plusieurs personnes, il put, après bien des efforts, arriver à retirer de la fosse ces deux malheureux maçons, qui respiraient encore faiblement. Après avoir essayé de les ranimer sur place, on les transporta aussitôt à Broussais.

A leur entrée, le 11 *juillet*, à 11 heures du matin, nous constatons, chez l'un et l'autre, un tableau symptomatique identique :

Les deux accidentés, privés de connaissance, respirent faiblement, mais fréquemment. Leurs inspirations et leurs expirations sont brèves, saccadées et irrégulières. Leur facies est pâle, leurs yeux clos, leurs lèvres cyanosées.

Au palper, on constate le refroidissement marqué des extrémités avec, du reste, une tendance générale à l'algidité. Leur pouls, misérable, irrégulier, inégal, bat à 140 — 160.

A l'auscultation des poumons, on entend des râles sibilant et ronflants assez fins, disséminés dans toute la poitrine. Les réflexes rotuliens sont très faibles, le réflexe cornéen absent, les papilles sont dilatées.

Très abattus, les deux blessés laissent échapper des plaintes sourdes et continuelles. Mais J..., beaucoup plus âgé que son compagnon, paraît plus sérieusement atteint ; sa polypnée est plus accusée, son pouls plus irrégulier, plus petit et plus rapide. Son abattement est extrême et son algidité progressive.

On fait aux deux blessés une saignée de 400 gr. On couvre leur poitrine de ventouses sèches ; leurs extrémités de sinapismes ; on leur fait respirer de l'oxygène, on leur injecte de l'éther, de la caféine, de l'huile camphrée ; on les réchauffe aux moyens d'enveloppements chauds et de boules chaudes.

Bientôt R.... revient à lui, sa respiration devient plus ample, bientôt même bruyante, le facies se colore, le cœur devient plus régulier, le pouls plus fort et moins rapide et une 1/2 heure après son entrée, il avait repris toute sa connaissance et tout danger immédiat paraissait conjuré.

A ce moment, sa température était de 39.2 et sa tension artérielle de 12.

Quant à J...., plus âgé, il ne revient à lui que plus lentement et ce n'est qu'une heure 1/2 après son transport à l'hôpital qu'il peut reprendre ses sens et répondre à nos questions. Le thermomètre accuse alors une température de 37.9 et le sphygmomanomètre de Potain une tension de 10°.

Les deux blessés, interrogés sur les symptômes éprouvés au moment de leur accident, disent l'un et l'autre qu'ils ont senti comme une lourde masse qui tombait sur eux ; puis, aussitôt, ils ont perdu connaissance et ne se souviennent pas d'autre chose.

Cette sensation de masse les écrasant de la tête aux pieds est un phénomène constant, que les vidangeurs connaissent bien et qu'ils appellent *le plomb* ; de là le nom donné à cette asphyxie, d'asphyxie par le *plomb* ou de *coup de plomb*.

Le 12 juillet, à la visite, nous apprenons que les deux malades ont passé une nuit agitée. R.... surtout a eu un délire d'action assez violent, criant, appelant, se débattant sans cesse. *Il a chanté son plomb*, comme disent les ouvriers.

Leur respiration est brève, rapide, précipitée même ; à l'auscultation, il y a de nombreux râles ronflants et sibilants avec en plus, chez J..., un petit foyer de râles crépitants sous l'omoplate droite, sans souffle.

Le cœur est toujours très arythmique et bat à 130-140. Le pouls est petit, mais la tension artérielle est un peu plus élevée que la veille : 11 chez J..., 13 chez R....

Les deux malades ont eu dans la nuit une véritable débâcle intestinale de matières semi-liquides très noires. Leurs urines sont rares : 500 cc., foncées et légèrement albumineuses. Le thermomètre accuse une température de 39° chez l'un et l'autre.

Mais de plus les deux accidentés se plaignent de violentes douleurs oculaires avec photophobie. Leurs conjonctives sont très hyperhémiées et leurs culs-de-sac conjonctivaux sont remplis d'un abondant exsudat fibrineux. C'est l'ophtalmie bien connue des vidangeurs, dénommée encore : *mitte*. On prescrit des lavages à l'infusion de pavot laudanisée et on instille quelques gouttes de collargol à 1/50 cc.

Le soir, vers 6 heures, J... accuse un point de côté léger dans le thorax inférieur droit ; sa température monte à 40°5 ; sa dyspnée est plus vive. Malgré cela il dit se sentir mieux et proteste contre la diète lactée à laquelle on l'oblige.

Le 13, au matin, nous apprenons que J... a relativement bien dormi, son point de côté a disparu ; sa dyspnée est bien moins accusée. Il n'a pas toussé et pas craché. Son pouls, moins irrégulier, bat à 110. Sa température est de 39°. Les urines sont aussi rares que la veille. Sous l'influence du traitement sa conjonctivite est très améliorée ; il peut ouvrir les yeux et supporter la lumière du jour sans en éprouver de gêne.

Mais brusquement, à 11 heures du matin, il est pris d'un violent accès de suffocation, sa face est violacée, ses extrémités refroidies. Son pouls, presque imperceptible bat à 160 ; nous pratiquons immédiatement une saignée de 300 gr., nous appliquons sur sa poitrine des révulsifs divers et nous tâchons de suppléer par des injections toniques répétées à la faiblesse progressive du myocarde; mais vainement, car il meurt à 2 heures de l'après-midi.

Quant à R..... il se sent très bien le 13 au matin ; il a mieux dormi, quoique d'un sommeil agité avec un léger état subdélirant permanent. Sa conjonctivite est en voie d'amélioration ; il n'y a plus de photophobie. Dans l'après-midi du 13, il accuse un point de côté mamelonnaire gauche léger ; il tousse un peu et expectore même quelques rares crachats muqueux sans caractères spéciaux.

A l'auscultation, en avant et à gauche, on entend un large foyer de râles crépitants fins, sans souffle, mais avec augmentation des vibrations et matité franche. En arrière, les signes sont peu nets ; seule, l'auscultation révèle dans le tiers supérieure du poumon gauche quelques râles crépitants.

La température est de 40°,4 le soir ; l'état général s'est sensiblement aggravé ; l'agitation est plus vive, le malade se plaint continuellement ; les urines, très foncées, sont rares, 400 cc. environ.

Le pouls est très arythmique et bat à 140 ; la tension est de 12. La dyspnée est plus accusée.

La nuit est très agitée ; le malade, en proie à un violent délire se lève sans cesse, appelle sa femme, commande des ouvriers imaginaires ; sur le matin, le calme revient un peu et il s'endort quelques heures ;

Le 14, à la visite, il est très abattu ; il répond confusément aux questions qu'on lui pose. A l'auscultation, les signes pulmonaires se sont étendus ; tout le poumon, tant en avant qu'en arrière, laisse percevoir une pluie de râles crépitants ; on ne parvient pas, malgré un examen très soigneux, à découvrir de souffle.

La température est de 39,5 ; le pouls, toujours irrégulier, est moins fréquent que la veille. Mais la tension est très faible et le sphygmomanomètre monte à 9 mm. seulement.

Son bocal ne renferme que quelques gouttes d'urines très albumineuses.

Il a craché très peu et ses crachats ont un aspect purulent avec, çà et là, quelques rares stries sangulnolentes sans caractères pathognomoniques.

A deux heures de l'après-midi, il accuse brusquement les

mêmes phénomènes de suffocation que son compagnon, mort deux jours avant.

En quelques minutes, son visage se cyanose, sa dyspnée devient extrême, tout son corps se refroidit. La température centrale, prise à ce moment, est de 41°3, le pouls est incomptable et misérable.

En dépit des soins prodigués il meurt à 4 heures du soir.

Il était dans le coma absolu depuis une heure de l'après-midi.

Le 15 juillet, on a procédé aux autopsies des deux cadavres.

***

Autopsie de J... 68 ans, mort le 13 juillet 1908.

Le cadavre est dans un état avancé de putréfaction gazeuse.

Le cou, le thorax, l'abdomen, les cuisses, sont marbrés de larges taches verdâtres de décomposition cadavérique.

Le cerveau, le cervelet et le bulbe ne présentent aucune lésion appréciable.

La trachée ne contient que très peu de spume ; il n'y a pas de matières fécales.

Tout le conduit digestif paraît intact.

Le foie est complètement putréfié ainsi que les reins ; malgré tout, on n'aperçoit pas la trace de grosses lésions de ces organes.

La rate est saine.

Le cœur contient un sang noir très épais. Il n'y a aucune lésion valvulaire.

L'aorte est saine avec pourtant quelques plaques athéromateuses. La plèvre droite renferme une petite quantité d'un liquide assez épais, légèrement teinté de sang.

Le poumon droit pèse 980 gr.

Le lobe moyen est le siège d'une pneumonie à la phase d'hépatisation rouge avec tendance déjà à la transformation purulente ; à la coupe et au raclage, on voit sourdre en effet un liquide épais, filant, presque purulent. Mais le poumon est dans un état de putréfaction très avancé, et si l'on parvient sans peine à faire microscopiquement le diagnostic de pneumonie, il ne faut pas songer, par contre, à prélever des pièces pour l'examen histologique. Le microscope ne pourrait du reste apporter aucune précision de plus, le diagnostic de pneumonie s'imposant à première vue.

On se contente de prélever une petite quantité de pus et d'en faire des frottis, sur lesquels il a été facile de retrouver de nombreux pneumocoques.

Le lobe supérieur du poumon droit et surtout le lobe inférieur sont très congestionnés.

Le poumon gauche est entièrement sain.

Les deux sommets sont indemnes de toute lésion tuberculeuse.

***

Autopsie de R... 26 ans, mort le 14 juillet.

Le cadavre est dans un état de conservation remarquable et ne présente nulle part les traînées violacées constatées sur la peau de son camarade.

Légère congestion des hémisphères du cerveau. Le cerveau, le cervelet et bulbe sont sains.

Pas de spume dans la trachée, qui ne contient pas non plus de matières fécales.

Dans la plèvre gauche, quelques adhérences facilement rompues. Exsudat fibrineux peu abondant sur la plèvre, aggloméré en amas au niveau des scissures pulmonaires.

Le poumon gauche pèse 1290 gr. Sa coloration générale est blanchâtre. Au toucher il est très dur, et le doigt ne parvient qu'avec peine à le déprimer. Un fragment pulmonaire plongé dans l'eau tombe lourdement au fond du vase.

A la coupe on constate une pneumonie généralisée à tout le poumon, pneumonie arrivée au stade de suppuration. Des coupes multiples faites en tous sens montrent, en effet, que tout l'organe présente des lésions généralisées d'hépatisation grise avec, en outre, réplétion partielle des gros canaux bronchiques par l'exsudat fibrineux.

L'aspect général de la coupe est d'une teinte uniforme gris pâle, sur laquelle tranchent çà et là, discrètes, quelques marbrures verdâtres. Si l'on racle au couteau la surface de section, on entraîne une quantité considérable d'un liquide épais franchement purulent d'un ton gris brunâtre. Tout ce poumon gauche pneumonique est d'une friabilité extrême ; le doigt s'y enfonce sans grande résistance et la cavité qu'il y détermine se remplit bientôt de pus.

Des coupes pratiquées en tous sens ne rencontrent pas d'abcès collecté ; la suppuration est généralisée. Ce sont bien là les caractères classiques de l'hépatisation grise, et surtout de cette forme un peu particulière décrite par Ranvier sous le nom de « pneumonie suppurative d'emblée », arrivant dès le 3e jour au stade d'hépatisation grise. En particulier cette uniformité de la suppuration est la signature de la pneumonie franche et permet d'éliminer le diagnostic de broncho-pneumonie pseudo-lobaire suppurée dont les lésions sont toujours polymorphes.

Le poumon droit pèse 750 gr. Sa coloration extérieure est normale ; à la coupe il apparaît parfaitement sain.

Les deux poumons ne présentent aucune lésion tuberculeuse ancienne.

Le péricarde est vide. Le cœur ne présente aucune altération organique. L'aorte est normale.

Le tube digestif paraît sain dans toute sa longueur.

Le foie pèse 1450 gr. ; il est remarquablement sain et il est même exceptionnel de rencontrer un foie aussi normal.

La rate et les reins sont un peu congestionnés, mais sains.

Le pancréas, les capsules surrénales, ne sont pas altérés.

L'examen microscopique du poumon hépatisé a donné les résultats suivants :

Les frottis faits avec le liquide obtenu en raclant la surface de section d'une coupe pulmonaire montrent, à côté de micro-organismes divers, de nombreux pneumocoques. Au surplus une petite quantité de ce produit de raclage inoculée dans le péritoine d'une souris l'a tuée en 24 heures par septico-pyohémie pneumococcique vérifiée au microscope.

L'examen histologique de fragments pulmonaires hépatisés révèle des lésions typiques. Tous les alvéoles apparaissent gorgés de cellules lymphatiques granuleuses. Les blocs de fibrine massifs et denses qui caractérisent l'hépatisation rouge n'existent pas ici ; la fibrine ne se montre plus que sous l'aspect d'une substance amorphe, intercalée entre les leucocytes tassés dans l'alvéole ; c'est à peine si, de loin en loin, on en reconnaît quelques petits pelotons encore colorables par le picron-carmin.

Quelques cadavres de globules rouges, une masse énorme de cellules lympathiques plus au moins bien conservées, des microbes divers et en particulier des pneumocoques colorés par la méthode de Weigert, telle est la masse purulente qui distend la cavité alvéolaire.

Fait intéressant, et qui s'explique par la rapidité d'évolution des lésions, les parois alvéolaires ne sont pas très fortement lésées, cependant les capillaires alvéolaires apparaissent bourrés de globules blancs.

L'examen microscopique des autres organes n'a rien révélé qui mérite une mention spéciale.

Examen du sang des saignées.

Cet examen fut pratiqué chez nos deux malades le jour même de leur accident. La coloration du sang était noirâtre avec de beaux reflets verdâtres ; la coagulation fut très rapide. On n'y retrouva chimiquement ni hydrogène sulfuré ni sulfhydrate d'ammoniaque.

Tels sont les documents cliniques et anatomo-pathologiques que nous avons pu recueillir sur les deux accidentés.

L'analogie de ces deux cas est absolue ; ils sont en tous points calqués l'un sur l'autre, entièrement superposables à quelques détails près, et en définitive, ces deux observations se contrôlant, se consolidant l'une par l'autre, acquièrent, en quelque sorte, la valeur de deux expériences, et elles nous semblent mériter quelques réflexions.

En résumé il y a deux sortes de phénomènes bien distincts à séparer : *les accidents asphyxiques du début et les accidents pneumoniques terminaux.*

Les accidents asphyxiques

Nous rappellerons que le mot d'« asphyxie » appliqué à ces accidents est tout à fait impropre. On le conserve simplement parce qu'il est consacré par l'usage en médecine légale, mais en réalité dans ce cas particulier il est synonyme d'*intoxication*.

On sait que l'atmosphère des fosses d'aisances est formée d'un mélange gazeux assez complexe : hydrogène sulfuré, sulfhydrate d'ammoniaque, ammoniaque libre, acide carbonique, azote, etc. L'action toxique de ce mélange est imputable, pour tous les auteurs, à l'hydrogène sulfuré. Vibert dans son traité de « Toxicologie » dit en propres termes que les symptômes de « l'empoisonnement par les gaz des fosses d'aisances sont à peu près les mêmes que ceux produits par l'hydrogène sulfuré seul ».

Quoi qu'il en soit, nos deux malades ont été victimes du « *coup de plomb* » classique.

Si leur séjour au fond de la fosse avait été plus long, ou si la quantité d'agents toxiques avait été plus considérable, la mort eût été immédiate et nous eussions été en présence de la forme aiguë de l'asphyxie des vidangeurs, tuant brutalement en quelques instants, et décrite par tous les auteurs.

Nos deux malades échappèrent à la mort foudroyante et leur symptomatologie les fait rentrer dès lors dans la forme subaiguë avec perte de connaissance, algidité, petitesse du pouls, dyspnée, etc. Sous l'influence d'une thérapeutique symptomatique, ils reviennent à eux, le coma disparaît, la respiration se fait mieux, le muscle cardiaque se ressaisit, la circulation se rétablit, et peu à peu, plus ou moins vite ou lentement, suivant leur résistance propre et leur degré variable d'intoxication, ils échappent à la mort.

L'atteinte du système nerveux ne peut être mise en doute et ce sont les troubles nerveux qui dominent véritablement le tableau clinique.

Comment peut-on expliquer la physiologie pathologique de ces accidents? Nous pensons que leur mécanisme réside essentiellement dans un *phénomène d'arrêt fonctionnel* par suite de l'influence modificatrice que le gaz sulfhydrique exerce sur le centre bulbaire respiratoire, influence qui, expérimentalement, ainsi que l'a montré Laborde, peut se traduire par une altération appréciable de ce centre. Cette action peut s'exercer directement ou indirectement.

Dans la première alternative, c'est-à-dire directement, le gaz toxique, après avoir traversé le poumon, passe dans le sang artériel ; il est charrié par ce sang jusqu'aux parties encéphaliques, et là, il va agir sur le centre organique en question, de manière à provoquer le trouble et l'arrêt momentané ou définitif des phénomènes fonctionnels qu'il tient sous sa dépendance (actes mécaniques respiratoires).

Dans la seconde alternative, soit indirectement, les gaz toxiques produisent une impression périphérique sur la muqueuse respiratoire, c'est-à-dire sur les expansions terminales des nerfs vagues et provoquent par action réflexe la même suspension fonctionnelle. Il est facile de comprendre que dans ce dernier cas l'accident est plus immédiat, plus brutal, car le transport par la voie circulatoire n'est pas nécessaire et il suffit du simple contact du gaz, agissant à la façon d'un irritant ou d'un excitant, pour produire l'effet physiologique dont il s'agit. C'est si l'on veut un mécanisme analogue aux accidents causés par le chloroforme.

Les accidents pneumoniques

Plusieurs particularités sont intéressantes à retenir. En premier lieu la pneumonie est apparue insidieusement par un point de côté extrêmement léger, il n'y a pas eu de toux, pas de crachats, sauf chez R... qui, la veille de sa mort, a expectoré quelques rares crachats légèrement muco-purulents, mais sans caractères pathognomoniques ; il n'y a jamais eu de souffle et on a constaté seulement des râles crépitants et de la dyspnée. Voilà un ensemble symptomatique bien vague et, si la constatation anatomique n'était pas là, tous les doutes sur la réalité du diagnostic de pneumonie ne seraient-ils pas permis ?

De plus, autre particularité clinique, les deux malades sont morts dans les mêmes conditions et les accidents terminaux qui précédèrent leur fin, et auxquels nous avons assisté, forment un complexus symptomatique absolument identique.

Brusquement, ils ont été pris l'un et l'autre d'accidents caractérisés par la petitesse extrême, l'irrégularité l'inégalité et l'accélération du pouls, le refroidissement et la cyanose des extrémités. Le visage s'est coloré d'abord, est devenu violacé ensuite ; la dyspnée, la polypnée, bientôt se sont manifestées, tandis que la tension artérielle, prise à ce moment, était de 10 chez J... et de 9 seulement chez R.., et, en quelques heures, les malades ont été emportés.

Nous avons pensé, tout d'abord, qu'il s'agissait là de phénomènes asphyxiques. Il ne nous semble pas que cette explication soit satisfaisante. Contre elle plaident, en effet, bien des raisons : d'abord, l'intégrité absolue des poumons du côté opposé à la pneumonie, ensuite ce fait expérimental, constaté par bien des auteurs et en particulier par Brouardel et Loye, Tamassia, que l'*ultimum moriens*, dans les cas d'intoxication par l'hydrogène sulfuré, est toujours le cœur.

De plus, en dehors de l'intoxication sulfurée, le cœur était touché du fait de l'infection pneumonique. D'autre part, les signes cliniques d'asphyxie s'expliquent très bien du fait seul de la diminution de la capacité fonctionnelle du myocarde, de la myocardite aiguë, que traduisaient, dès l'entrée des malades à l'hôpital, les irrégularités, les inégalités du pouls et la faible tension artérielle, phénomènes qui n'ont fait que s'accroître et se préciser au cours de la pneumonie et dans les instants qui précédèrent la mort. Si bien que, pour toutes ces raisons, nous croyons devoir attribuer les accidents terminaux, analogues chez nos deux malades, à une syncope, traduisant le collapsus cardiaque d'une forme de myocardite tout particulièrement grave.

Au point de vue anatomique, les lésions constatées sont intéressantes à plusieurs titres. En premier lieu c'est une pneumonie qui « a brûlé en quelque sorte ses étapes ». En 4 jours chez R... elle était arrivée au stade d'hépatisation grise. Chez J... si le processus suppuratif n'était point aussi avancé, il n'en était pas moins nettement manifeste dès le 3[e] jour et c'est là une constatation bien spéciale. Enfin si chez l'un de nos malades il s'agissait d'une pneumonie lobaire, chez l'autre tout le poumon n'était plus qu'un bloc pneumonique suppuré et les cas d'hépatisation grise généralisée à la

totalité d'un poumon sont loin d'être fréquents. Ce sont eux que Ranvier a décrits sous le nom de « pneumonie à forme purulente, d'emblée ».

De tous ces faits cliniques et anatomiques et des commentaires dont nous les avons fait suivre, se dégage cette notion nosographique que nous nous sommes efforcés de mettre en relief, à savoir qu'une pneumonie grave, à caractères spéciaux, peut venir, initialement, compliquer l'*asphyxie des vidangeurs* et tuer rapidement les ouvriers victimes du *coup de plomb*, alors que, ayant échappé à l'intoxication aiguë des gaz méphitiques, on est en droit d'espérer la guérison.

La céphalée neurasthénique ;

Par le Dr And. **RICHE**
Médecin de Bicêtre.

Les céphalalgies sont fréquentes sinon habituelles chez les neurasthéniques. En leur qualité de neuro-arthritiques, ils peuvent présenter à la fois migraine et maux de tête divers ; mais parmi ceux-ci, les uns transitoires, les autres plus ou moins durables, on peut différencier un ensemble symptomatique très reconnaissable, et dans les céphalées des neurasthéniques on en distingue une plus fréquente, dont les caractères varient si peu d'ordinaire qu'il semble légitime de l'appeler la céphalée neurasthénique.

Elle fait rarement défaut et si, dans certains cas d'épuisements nerveux, on ne la trouve qu'atténuée, elle revêt par contre souvent une intensité particulière et domine la scène morbide au point qu'il a pu être isolé une forme mono-symptomatique. La céphalée prend une place importante dans la variété dite cérébrasthénique de la neurasthénie qui se développe principalement sous l'influence de préoccupations intellectuelles et s'accompagne de signes en quelque sorte d'ordre céphalique.

Elle s'installe parfois rapidement après quelques jours d'une douleur de tête mal définie. La durée est en rapport avec l'intervention thérapeutique contre la maladie ; on l'a vue persister après la disparition des autres signes d'épuisement nerveux.

Il s'agit d'ordinaire d'une sensation pénible plus par sa persistance que par son intensité, qui est très modérée. C'est un malaise de la tête plus importun que douloureux un petit mal assidu qui persécute continuellement. Cette sorte de gêne devient bientôt fatigante, puis odieuse, intolérable, car elle s'installe à l'état de fait habituel, c'est enfin un véritable supplice qui trouble absolument l'existence des patients et contribue par son caractère obsédant à l'augmentation de la fatigue psychique.

Les malades accusent tantôt une douleur sourde, continue, une lourdeur vague, tantôt une douleur lancinante martelante ou térébrante. Rarement étendues à tout le crâne, ces impressions sont le plus souvent localisées en certains points, front, yeux, racine du nez, régions temporales.

Les sensations pénibles et variées qu'éprouvent les neurasthéniques sont traduites par une prolixité de termes, une richesse d'expressions revêtant un caractère tout individuel. La nature des comparaisons est généralement en rapport avec le siège de la douleur. A une gêne étendue à toute la tête correspondent les impressions de vague, de vide dans le cerveau, de corps étranger, ballottant dans le crâne ou de liquide qui s'y déplace et aussi celles de bouillonnement, de plénitude, la tête semblant trop fétide pour son contenu. La douleur au sommet du crâne est comparée à une calotte de plomb. Le type occipito-frontal, le plus habituel, donne aux neurasthéniques une sensation de constipation qu'ils comparent à une corde serrée sur les tempes, à un bandeau de métal, portant une vis de pression en arrière, à une bague serrée dont le lourd chaton entraîne la nuque. De toutes ces comparaisons, la plus commune est celle d'une coiffure à la fois trop lourde et trop serrée, c'est la céphalée en casque qui avait fait donner par Charcot, à ces malades, le qualificatif de GALEATI. Plus localisée, à la racine du nez par exemple, il leur semble porter sans cesse un pince-nez trop étroit ; à la nuque ils ont l'impression d'un morceau de métal appliqué en cet endroit c'est la plaque occipitale dont on retrouve l'analogie à la région sacro-lombaire.

Ces douleurs ou plutôt cette gêne provoquent quelquefois des attitudes et des habitudes spéciales : certains malades assis ou couchés soutiennent leur tête alourdie dans leurs mains ou sur leurs bras, ce qui amène des fourmillements désagréables dus aux compressions nerveuses ; ils soulagent leur nuque en reposant leur tête en arrière sur le dossier des fauteuils. La nuit, la sensibilité des zones temporales leur fait rejeter les oreillers trop durs et chercher longtemps avant de dormir une position de relâchement des muscles du cou.

La céphalée neurasthénique apparaît d'ordinaire le matin au réveil, ou mieux au lever ; elle s'atténue pendant les repas au moment où l'alimentation a lieu, mais de façon temporaire et souvent au prix d'une exacerbation, car elle revient avec plus d'intensité pendant le travail de la digestion. Elle s'exalte alors, s'accompagne de poussées de chaleur au visage, d'un sentiment de plénitude générale. Elle se calme parfois vers la fin de l'après-midi avant le repas du soir pour reparaître après lui, s'atténuer dans la soirée et disparaître dans la nuit. La céphalée neurasthénique est, en effet, généralement diurne et cesse au moment où le malade s'endort. Le sommeil n'est ni troublé ni interrompu par elle. Elle n'existe pas d'ordinaire pendant l'insomnie.

A côté de cette forme habituelle, d'autres ont un caractère un peu différent, ainsi la douleur peut s'accroître du matin au soir, sans quitter pour ainsi dire jamais les malades ; d'autrefois elle présente de véritables paroxysmes. Ceux-ci sont provoqués par le travail intellectuel, une conversation un peu prolongée, le bruit, une préoccupation. Alors que quelques heures de sommeil suffisent souvent pour atténuer ou même faire disparaître la céphalée, une nuit sans sommeil prépare par contre un lendemain plus pénible. Un état pathologique passager ou continu entretient la céphalée.

La douleur n'est pas assez déprimante d'ordinaire pour obliger le patient à s'aliter, sauf peut-être dan certaines formes continues à augmentation progressive bien voisines de la migraine, mais aux paroxysmes douloureux s'ajoutent parfois des phénomènes sympathiques : bourdonnements d'oreilles, asthénopie accommodative, un état subvertigineux donnant à la céphalée, un caractère plus pénible en forçant le malade à garder le lit.

Il se joint souvent au phénomène subjectif céphalée une hyperesthésie objective du cuir chevelu dont l'attouchement peut être insupportable ; on observe de même des sensations douloureuses plus ou moins précises sur le trajet des nerfs de la face ; il existe enfin une demi-raideur des muscles de la nuque ; les malades disent y percevoir des craquements pendant les mouvements de rotation, de flexion et d'extension de la tête.

Diagnostic. — Lorsque la céphalée se développe en

même temps que les autres signes de l'épuisement nerveux,le diagnostic n'est pas très difficile à faire,surtout si les commémoratifs font entrevoir nettement la genèse de l'état neurasthénique. Mais il est loin d'en aller toujours ainsi et, en présence d'une céphalée récente ou tenace, sans cause bien apparente, on peut être souvent très embarrassé. N'est-elle pas symptomatique d'une lésion cérébro-méningée ; méningite ou tumeur? Le diagnostic est encore plus difficile lorsque à un état neurasthénique avéré, il peut venir s'ajouter une lésion organique, chez un syphilitique par exemple. Le neurathénique étant d'ordinaire un arthritique, s'agit-il de migraine ou de céphalée simple ? Celle-ci n'est-elle pas en rapport avec de l'insuffisance rénale si fréquente chez les goutteux ?

Le diagnostic a pour se guider les caractères propres de la douleur : martelante, lancinante, ténébrante, etc., son évolution continue progressivement ou avec paroxysmes,sa localisation et ses irradiations, en particulier la notion de profondeur ou de superficialité. Il se base aussi sur les phénomènes concomitants locaux ou généraux et s'éclaire par l'examen des yeux, l'étude des urines et du liquide céphalo-rachidien.

La céphalée des méningites est un signe de la période d'excitation, et à ce titre souvent privée d'un cortège suffisamment caractéristique. Elle est violente au point d'arracher des cris au patient qui évite le moindre mouvement ; elle s'accompagne de photophobie.

La méningite tuberculeuse offre une céphalée de même nature, mais cette affection se développe d'ordinaire chez les enfants lorsque la neurasthénie est inconnue chez eux.

La méningite cérébro-spinale s'accompagne habituellement de céphalée et celle-ci possède fréquemment un siège occipital, elle peut survivre à la maladie plus ou moins longtemps.

La céphalée des abcès cérébraux est le plus souvent localisée, circonscrite à l'oreille qui d'ordinaire était infectée. La douleur est sourde avec des paroxysmes lancinants habituellement nocturnes, elle s'exagère par les mouvements. La céphalée des thrombo-phlébites des sinus est plus généralisée que celle de l'abcès.

Le caractère commun à tous ces états pathologiques dans lesquels nous trouvons la céphalée est la présence de la fièvre. Le mouvement thermique varie selon la nature des lésions : méningite, suppuration ; il s'y joint d'autres phénomènes d'ordre général et les symptômes plus caractéristiques encore de localisation ; vertiges, vomissements sans effort, paralysies oculaires et parésies des membres.

Dans les tumeurs cérébrales, la céphalée, d'abord sourde, mais tenace, comme dans la neurasthénie, ne tarde pas, si la néoplasie évolue un peu rapidement, à devenir violente faisant gémir le malade et le privant de sommeil. Elle est sujette à des paroxysmes et influencée fréquemment par les mouvements de la tête. Elle aurait son maximum au siège de la lésion et irradierait de ce point en divers sens. C'est dans les tumeurs de l'encéphale que se retrouve très nettement un caractère bien spécial de ces cépahéles, des lésions cérébro-méningées ; il ne s'agit plus, comme dans l'épuisement nerveux, de gêne, de sensation plus ou moins spéciale. La douleur, à proprement parler est encéphalalgique, c'est une céphalée profonde, véritablement intra-cranienne.

Les lésions chroniques des méninges donnent un mal de tête plutôt continu. On observe cependant des exaspérations à certaines périodes correspondant à l'augmentation des altérations. Dans la pachyméningite hémorragique,la douleur se modifie par les mouvements de la tête comme nous l'avons vu dans les abcès et les tumeurs. L'athérome cérébral s'accompagne de vertiges et de céphalée, le diagnostic est souvent fort difficile à faire avec un état neurasthénique.

Remarquons en passant combien la céphalée tient peu de place dans la symptomatologie de la paralysie générale.

En présence d'un neurasthénique possédant un passé syphilitique, on conçoit l'appréhension du médecin. S'agit-il d'une encéphalopathie syphilitique ? Le malade lui-même est effrayé d'une souffrance continue et de l'insuccès de traitements sévères. Même avec des commémoratifs bien précis concernant l'évolution de la céphalée et les traitements antérieurs de la syphilis, le doute est toujours possible et l'on peut craindre une catastrophe cérébrale. Si dans la syphilis secondaire, la céphalée n'est pas toujours violente, il s'agit cependant d'une douleur véritable, profonde et non de la sensation vague d'embarras cérébral ou des sensations anormales de la neurasthénie. Elle est habituellement nocturne ou du moins présente des exacerbations le soir, alors que la céphalée neurasthénique disparaît la nuit. Il y a enfin pour la céphalée syphilitique, comme pour tous les accidents de même nature, le critérium thérapeutique. Tous les médicaments, sauf cependant la morphine, échouent contre la céphalée syphilitique alors qu'elle cède à de petites doses de mercure et d'iodure. Il faut toutefois ne pas oublier que toute intervention thérapeutique nouvelle produit une action salutaire sur l'état mental des neurasthéniques, mais dans ces cas l'amélioration n'est pas durable, d'autant plus que la médication spécifique, déprimante par elle-même, ne tarde pas à montrer des effets contraires sur un organisme déjà fatigué. La céphalée de la syphilis tertiaire se rapproche plutôt de celle des méningites chroniques ou des tumeurs et présente des exacerbations périodiques.

Il n'est pas besoin d'insister sur les céphalées des toxi-infections aiguës qui ne pourraient en imposer que dans les premiers jours pour une aggravation de phénomènes neurasthéniques. La céphalalgie de la fièvre typhoïde en est le type le mieux connu. Elle est violente, croît avec la fièvre et tend à disparaître dans la stupeur. Il s'agit d'une pesanteur accablante d'ordinaire, continue, mais accrue habituellement le soir en une sorte de paroxysme.

Dans les infections chroniques, on retrouve de même la céphalée plus ou moins accentuée en rapport probable à la fois avec une action spécifique sur les méninges et avec l'action déprimante de la maladie sur l'organisme. On a décrit notamment à la malaria une forme spéciale avec céphalées périodiques régulières. L'action de la quinine permettrait de faire le diagnostic de cette forme larvée.

Le diagnostic est difficile à faire ,au moins complètement, dans certaines auto-intoxications comme la goutte. Les arthritiques ne sont pas uniquement un bon terrain pour le développement de la neurasthénie, mais ils sont en outre prédisposés à la migraine et aux céphalées auto-toxiques résultant d'un mauvais fonctionnement du foie et surtout du rein. Lorsqu'un arthritique se plaint de céphalée, il faut immédiatement pratiquer l'examen de l'urine, comme chez un migraineux qui accuse des modifications dans la localisation, l'intensité ou la persistance de ses migraines. On constatera aussi fréquemment des modifications dans les éléments normaux de

l'urine : excès d'acide urique, modification des rapports, ou la présence d'éléments anormaux : albuminurie minime ou transitoire, qui orienteront le diagnostic et surtout le traitement.

Le mal de Bright a la céphalée parmi ses principaux symptômes. La douleur de tête s'y rapproche de celle de la neurasthénie. Elle est habituellement plus forte le soir et peut céder pendant la nuit. Dans certains cas,elle persiste sans cesse et présente des paroxysmes pendant lesquels le malade accuse du vertige et de l'apathie intellectuelle comme la céphalée neurasthénique. C'est la forme encéphalalgique de Gubler.

Le diagnostic de la migraine se fait par les phases d'évolution de celle-ci et la nature de la douleur qui présente le caractère habituel d'hémicranie. La céphalée reste continue, progressive, elle croît assez rapidement et avec régularité, jusqu'à l'acmé et s'accompagne à ce moment de vomissements. On observe chez les migraineux un anéantissement général. L'évolution des crises se fait en 24 heures, et entre celles-ci le patient retrouve son état de santé habituel. Enfin la migraine tend vers une répétition périodique.

La douleur des névralgies a pour caractère une localisation constante sur un trajet nerveux. Elle présente habituellement le type fulgurant, peut être continue et très intense ; on l'exaspère par la pression en certains points du nerf. Elle se produit spontanément, le plus souvent par intermittence avec même des paroxysmes surajoutés au cours de l'accès. Il est rare que la douleur névralgique s'accompagne de phénomènes généraux. vertiges, abattement, etc. Le malade présente au contraire des réactions plus ou moins violentes. Dans les névrites et radiculo-névrites, le zona ophtalmique par exemple, la douleur plus ou moins continue et violente se produit surtout à la période initiale d'excitation et cède sa place bientôt à des phénomènes plus caractéristiques.

La céphalée dite de croissance se manifeste par une douleur continue avec exacerbation et élancement douloureux. Elle se produit chez les jeunes gens à l'époque de la puberté. Chaque tentative de travail intellectuel l'exaspère, elle s'atténue par le repos. La nature de cette céphalée est très mal élucidée. On la rencontre de préférence chez les neuroarthritiques. Elle s'accompagne fréquemment de troubles oculaires notamment d'asthénopie accommodative. On voit qu'il y a de nombreux points de contact entre ce mal de tête de croissance et les phénomènes neurasthéniques. Il s'agit peut-être de jeunes prédisposés chez lesquels de bonne heure la disproportion entre l'activité cérébrale passive et l'effort de l'intelligence se manifeste par ces signes somatiques. L'état psychique du neurasthénique n'a pas eu encore chez eux le temps de se constituer, le surmenage moral ne résultant que des efforts de volonté dont les enfants sont incapables.

Il y a probablement des rapports étroits,quoiqu'indirects,entre cette céphalée et celles dites génitales, qui se voient chez les jeunes filles au moment des règles, dans certains cas de dysménorrhée ; on les observe encore à la ménopause régulière ou provoquée chirurgicalement. On retrouve fréquemment dans ces observations des peuves d'arthritisme, mais il semble impossible de ne pas admettre en outre un trouble des sécrétions internes, difficile à démontrer, trouble qui existe même peut-être dans nombre d'autres céphalalgies à pathogénie non encore nettement élucidées.

Traitement. — Comme les autres symptômes neurasthéniques, la céphalée dépend de l'association de la dépression et de l'éréthisme nerveux qui résultent de l'affaissement général de l'activité nerveuse. Elle est donc justiciable du traitement général par les médicaments et par les agents physiques, plus que d'indications spéciales. Le cadre de cet article ne nous permet que de renvoyer à ce que nous avons déjà écrit à ce sujet (1). Rappelons seulement, en ce qui regarde la thérapeutique médicamenteuse, que celle-ci repose sur l'administration simultanée et judicieusement appliquée des toniques et des calmants du système nerveux.

En ce qui concerne les médications plus directement applicables du symptôme : les narcotiques ne sont généralement indiqués que pour amener le sommeil pendant lequel la céphalée s'évanouit. Encore cela n'est-il qu'un moyen palliatif de début, en quelque sorte d'urgence qui ne doit être employé que d'une façon momentanée. Le relèvement de l'état général doit plus ou moins vite en faire cesser l'emploi en amenant le retour du sommeil et l'apaisement de la céphalée. Parmi les médicaments de cet ordre, l'opium et ses dérivés sont particulièrement dangereux dans ces douleurs subjectives. Beaucoup de morphiniques sont des neurasthéniques méconnus ou mal conseillés par le médecin. Les petites doses d'antypirine et des analgésiques voisins sont tolérables, encore doivent-ils être donnés de telle sorte qu'ils n'augmentent pas les troubles dyspeptiques. Malheureusement, pour tous ces médicaments, le danger ou l'inconvénient de l'habitude existe. Les malades sont contraints d'augmenter les doses et n'obtiennent bientôt plus aucun résultat heureux, d'où la nécessité de varier les analgésiques.

Au point de vue local on peut conseiller aux malades des applications sur le fronc et le crâne de compresses d'eau froide dans laquelle on mettra des solutions alcooliques de menthol. On prescrira de même des onctions sur le front et les tempes avec des baumes à base de salycylate de méthyle et de menthol. On fera priser des poudres contenant de petites doses de cocaïne. La gêne de la nuque sera enfin souvent soulagée par l'application de révulsifs locaux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Internes des hôpitaux victimes du devoir.

A la liste déjà si longue des internes victimes de leur dévouement à la science et aux malades vient de s'ajouter un nom nouveau.

Il y a quelques mois, un interne des hôpitaux, Louis Bazy, fils du vaillant et sympathique chirurgien de l'Hôpital Beaujon, opérait avec son chef un malade atteint de pleurésie purulente : à l'incision de la plèvre un jet de pus s'échappe et atteint l'œil de l'opérateur. Sans souci pour lui-même, ne pensant qu'au malade dont la vie était entre ses mains, Bazy continue l'opération et l'achève. Quand tout est fini,il donne à son œil les soins nécessaires pour prévenir la contamination.

Trop tard ! Huit jours après, une infection grave se développe, grandit rapidement, détruit l'œil et oblige à en pratiquer l'extraction.

Cette belle et lamentable histoire vient aux oreilles du

(1) Les états neurasthéniques. *Actualités médicales*, chez Baillière.

Président de la République, et trois jours après, Louis Bazy reçoit, des mains de son père, une croix de la Légion d'honneur.

Ne croyez pas que, découragé par ce malheur, il ait décidé d'abandonner la carrière dangereuse dans laquelle il s'est engagé. Blessé mais non vaincu, il n'a qu'un désir, un désir ardent, c'est de reprendre ses fonctions d'interne, de rentrer dans le rang, de retrouver ses malades, de s'exposer encore. Et en agissant ainsi, il continue dignement les traditions de dévouement et d'abnégation qui ont fait depuis cent ans et font encore aujourd'hui l'honneur de l'Internat des Hôpitaux.

Séduit par la beauté de la carrière, le jeune interne avance plein d'entrain et d'ardeur au travail, sans souci des dangers qui le menacent.

La mort qui frappe autour de lui l'émeut aux premiers pas, sans amollir son zèle ni ralentir sa marche. Mais bien vite il s'accoutume au danger, les émotions du début s'en vont; et l'étranger qui pénètre un jour dans une salle de garde s'étonne d'y trouver une si bonne humeur au milieu de tant de périls. En même temps que du danger, l'interne a perdu conscience des actes de courage qu'il accomplit tous les jours. Le dévouement lui est devenu naturel. Le jour où il est atteint par la maladie, allez le voir et dites-lui qu'il eut du mérite en s'exposant ainsi au danger. Il vous répondra comme Bazy : «Mais je ne mérite rien, tous mes collègues en auraient fait autant», ce qui est la vérité.

L'histoire actuelle se retrouve périodiquement dans les annales de l'Internat des Hôpitaux. Chaque année, plusieurs internes paient de leur santé ou de leur vie l'honneur de se dévouer à l'humanité.

Dans la cour de l'Hôtel-Dieu un monument s'élève à la mémoire des internes victimes du devoir. Deux plaques de marbre portent une quarantaine de noms retrouvés épars dans de vieux documents, échappés aux incendies ou dans les mémoires d'anciens internes. Mais ce nombre ne signifie rien; il ne correspond nullement à la réalité. La plupart des victimes n'ont pas laissé de traces. Et, à cause de cela, peut-être eût-il mieux valu n'en citer aucun.

Ceux dont les noms se retrouvent inscrits sur les murs de l'Hôtel-Dieu moururent d'une façon dramatique, emportés rapidement, en quelques heures ou quelques jours, par une maladie aiguë, une diphtérie maligne, une typhoïde grave, un phlegmon foudroyant. Par contre, ils ne comptent pas parmi les victimes ceux meurent quelques semaines ou quelques mois après la contamination sous l'action d'une infection plus lente, comme la tuberculose.

Pas une seule fois, la tuberculose n'est rendue responsable de la mort d'un interne. Ce n'est pas l'usage. Et pourtant, tous le savent, c'est elle qui fait le plus de victimes, c'est elle qui décime les salles de garde. Nous avons tous vu plusieurs de nos camarades d'internat prendre la tuberculose au cours de leurs fonctions.

Les uns sont morts, les autres traînent encore au fond d'une campagne leur lamentable existence. A ceux-là personne ne pense; c'est trop banal de mourir lentement de tuberculose, cela manque d'élégance. Les tablettes de marbre n'ont point de place pour ceux qui, dans les hasards de l'infection, furent si mal partagés.

Quant à ceux qui prirent la syphilis, oh ! n'en parlons pas. Nous sommes encore loin du jour où une récompense solennelle sera donnée à un interne pour avoir contracté la syphilis en soignant ses malades. Le public n'aime pas cette maladie-là, par où qu'elle vienne. Les différents microbes n'ont pas devant lui le même crédit.

Et voilà pourquoi le mérite des victimes dépend moins de la gravité du mal que de la variété des agents morbides qui le donnent. X...

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des hémorroïdes ;

Par M. R. CHÉNIER
Interne des hôpitaux de Paris.

Les hémorrhoïdes comptent parmi les affections dont la fréquence est la plus grande : au-delà d'un certain âge, il est peu d'individus qui n'en présentent pas un léger degré. Chez beaucoup de sujets, elles restent toute la vie à cette phase de début ; chez d'autres, elles sont plus marquées, et réclament un traitement, médical ou chirurgical.

Le traitement médical des H. se réduit à peu de chose. D'ailleurs, quand elles sont peu marquées, elles restent latentes en dehors des périodes de crises ; et ces crises s'améliorent d'elles-mêmes, même en l'absence de traitement. A cette période où l'infirmité est encore légère, on cherchera surtout à l'empêcher de s'aggraver. On traitera donc la constipation qui entraîne les efforts de défécation et le séjour trop prolongé à la garde-robe ; mais on aura recours aux laxatifs doux plutôt qu'aux purgatifs, et surtout on rejettera les drastiques à cause de leur action congestive.

Comme médicaments exerçant une action propre sur les hémorrhoïdes, on prescrit assez souvent l'hamamélis virginica, bien que son utilité soit contestée.

Si l'on croit cependant devoir l'employer, on pourra formuler :

Extrait fluide d'hamamelis virginica....................	15 gra.
Sirop de framboise...........	200 grammes.
Elixir de garus............	āā 150 gr.
Eau......................	

1 à 5 cuillerées à soupe par jour. (une cuillerée à soupe renferme 1 gr. d'extrait fluide). (Richaud).

L'association de l'hamamélis avec l'hydrastis, pourtant souvent formulée, donne des précipités difficiles à éviter.

Pendant les crises, le traitement sera un peu plus actif.

L'eau chaude à 50 ou 55°, sous forme d'irrigations rectales ou d'applications locales, rend alors d'appréciables services. Contre la douleur, les suppositoires belladonés et cocaïnés ont quelqu'action ; si la douleur s'accompagne d'une ulcération, mais en ce cas seulement, elle sera remarquablement calmée par l'orthoforme (orthoforme 1 gr.; vaseline 30 gr), que ne doivent pas discréditer quelques éruptions dues à des susceptibilités individuelles.

La propreté locale, l'emploi de topiques faiblement antiseptiques et non irritants (dermatol, ichtyol) atténueront le prurit, et l'irritation cutanée du pli fessier qui ne sont pas rares.

Le goudron de pin liquide qui donne de très bons

résultats dans le prurit essentiel de l'anus pourrait être essayé ; on le formulerait :

Goudron liquide purifié........	10 grammes.
Lanoline....................	20 grammes.
	(Sabouraud.)

Il ne faut pas espérer guérir ainsi des cas anciens ; aussi quand les hémorrhoïdes constituent une infirmité véritablement gênante,et qu'elles ne sont liées ni à un état passager (grossesse), ni à une maladie générale évidente (cirrhose hépatique) on doit sans hésiter intervenir chirurgicalement. Les « hémorrhoïdes salutaires », qu'il faut respecter, ne sont guère qu'une légende, et leur utilité ne pourrait se discuter que chez quelques très rares pléthoriques. En revanche, ce qui existe réellement, c'est l'anémie hémorrhoïdaire consécutive aux hémorrhagies répétées et qui arrive parfois jusqu'à la cachexie.

Les procédés employés sont nombreux ; ils diffèrent souvent peu les uns des autres ; le plus simple est le meilleur. La destruction des hémorrhoïdes par le thermocautère donne des résultats aussi bons que ceux de n'importe quelle résection, et ne présente pas les risques d'échec de cette dernière.

Préparatifs. — Quelques jours avant l'opération, le malade sera purgé et lavementé à plusieurs reprises ; il faut évacuer l'intestin aussi complètement que possible autant pour éviter l'issue de matières fécales pendant l'opération, que pour mettre le malade en état de rester constipé pendant six à sept jours après l'opération.

L'avant-veille et la veille de l'opération, au contraire, on lui donne 0 gr. 10 d'extrait thébaïque.

Ablation de petites hémorrhoïdes. — Les hémorrhoïdes, petites, uniques, franchement pédiculées et flétries ne réclament qu'un traitement très simple.

L'anesthésie locale est suffisante ; deux ou trois centimètres cubes de la solution de cocaïne à 1/200 sont injectés à la base de la tumeur ; une ligature serrée, à la soie forte ou au gros catgut, est placé sur le pédicule qu'on sectionne ensuite d'un coup de ciseaux ou de ther mocautère.

Les suites opératoires sont des plus simples.

Ablation des hémorrhoïdes dans les autres cas. — Au contraire, toutes les fois que les hémorrhoïdes sont volumineuses, ou multiples, ou enflammées, l'anesthésie générale est nécessaire.

Elle doit être particulièrement surveillée pendant la la dilatation de l'anus qui expose aux syncopes. Le meilleur moyen d'éviter celles-ci est d'ailleurs d'*endormir à fond* le malade avant de commencer la dilatation.

Le malade est placé sur une table, couché sur le dos, les jambes relevées, les fesses répondant au bord de la table. Si l'on ne dispose pas de porte-jambes, on les remplace très simplement : un bâton un peu long. un manche à balai par exemple, matelassé de deux serviettes est placé au niveau des creux poplités. Il est maintenu par une cordelette dont l'autre extrémité s'attache aux pieds de la table.

La région anale est rasée et lavée ; l'impossibilité d'une asepsie absolue ne dispense pas de toute propreté.

L'opération proprement dite est précédée de la dilatation de l'anus. Celle-ci peut au besoin se faire avec les doigts ; les deux pouces sont introduits dans le rectum et on les écarte en prenant point d'appui sur l'ischion avec les autres doigts. Mais cette dilatation digitale est très fatigante pour l'opérateur ; aussi lui préfère-t-on généralement la dilatation avec le spéculum. Celui de Trélat construit spécialement pour cet usage est le plus commode. Mais quand on ne l'a pas à sa disposition, on peut sans inconvénients employer le spéculum vaginal ordinaire à deux valves.

Le spéculum, quel que soit son modèle, est copieusement vaseliné, et introduit dans le rectum. On le retire progressivement et lentement, et pendant qu'on le retire, on lui fait exécuter une série de mouvements de fermeture ou d'ouverture, en même temps qu'on lui fait faire une rotation complète autour de son axe. On réalise ainsi dans tous les sens un véritable massage du sphincter. Cette manœuvre entraîne toujours quelques déchirures de la muqueuse,dont il ne faut pas s'inquiéter. Avant d'enlever le spéculum,on irrigue l'ampoule rectale avec une canule et un bock laveur.

Après la dilatation, les hémorrhoïdes ont généralement beaucoup diminué : n'en soyez pas surpris. Avec une pince à traction utérine à quatre griffes, saisissez l'un des paquets hémorrhoïdaires. Pendant que votre aide exerce une traction sur la pince, vous placez audelà de ses mors, au ras de la muqueuse saine, un gros fil de soie tressée, vous faites le nœud dit de chirurgien, et vous serrez fortement.

La pince enlevée, vous tracez avec la pointe du thermocautère deux profonds sillons en croix dans la tumeur ainsi ligaturée, vous coupez le fil, et passez au paquet suivant. Cette destruction partielle du paquet n'expose pas à voir glisser la ligature comme la destruction totale. Successivement vous traitez ainsi sur tout le pourtour de l'anus les paquets qui existent. Cinq ou six ligatures au plus sont suffisantes.

Entre deux ligatures voisines, vous devez toujours respecter une bande de muqueuse, d'au moins un demi centimètre de large. C'est la condition nécessaire et suffisante pour éviter le rétrécissement ultérieur de l'anus. Quant aux fils, on n'a pas à les enlever ; ils tombent spontanément au bout de quelques jours, en même temps que se sphacèlent les portions que n'a pas détruites le thermocautère.

A côté des paquets volumineux, il existe souvent des hémorrhoïdes plus petites, sessiles, et qu'il serait difficile de saisir. Il est utile de compléter l'opération en enfonçant à leur niveau la pointe du thermocautère perpendiculairement à la muqueuse, et à un bon centimètre de profondeur.

L'opération est terminée. Le pansement intra-rectal, difficile à introduire, douloureux à retirer, est inutile. Il suffit de mettre à plat sur l'anus une compresse enduite de vaseline, que maintient un bandage en T.

Pendant les quelques heures qui suivent le réveil, la douleur est souvent cuisante, et justifie l'emploi de la morphine.

La rétention d'urine n'est pas très rare le soir de l'opération. Le cathétérisme, qui peut être nécessaire, ne présente rien de spécial.

L'hémorrhagie abondante ne se voit jamais si l'on a solidement lié les gros paquets, mais un faible suintement sanguin se voit parfois au niveau des pointes de feu isolées. S'il ne cesse pas de lui-même,on l'arrêtera facilement en appliquant sur l'anus une compresse imbibée d'eau oxygénée.

Pendant trois à quatre jours, on donne au malade une faible quantité d'opium, et au bout d'une semaine, si la première selle ne s'est pas produite spontanément,

on la provoque. Elle est d'ailleurs assez douloureuse, et pour ramollir le contenu intestinal il faut successivement donner un suppositoire à la glycérine, un purgatif, et un grand lavement d'un à deux litres.

Le malade peut alors se lever, mais jusqu'à la cicatrisation complète des escharres, il devra conserver un pansement, et faire la toilette de l'anus après chaque selle.

Nous devons, pour terminer, dire un mot du traitement d'urgence des hémorroïdes : Dans quelques cas, la contracture du sphincter enserre et étrangle des hémorrhoïdes internes procidentes.

Celles-ci ne tardent pas à se sphacéler, et forment au niveau de l'anus « un énorme champignon, noirâtre, bosselé... recouvert d'un enduit putride d'une fétidité extrême » (Lejars).

Dans ces cas, qu'il ne faut pas confondre avec l'étranglement d'une muqueuse prolabée, vous feriez d'urgence la dilatation anale, au besoin avec les pouces, mais toujours sous chloroforme. Et après une copieuse irrigation de la région à l'eau très chaude, vous pourriez faire la réduction des parties non sphacélées de cette tumeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1909.

La fièvre typhoïde à Toulon dans les milieux maritime et militaire. — M. ***Bertrand***, inspecteur général de la marine, présente une étude étiologique et prophylactique de la dothiénentérie à Toulon. Cette affection y est, on peut le dire, *endémo-épidémique*. L'insalubrité générale de la ville y est pour quelque chose, mais on doit incriminer surtout le mode défectueux d'alimentation en eau potable. L'eau distribuée aux habitants a deux origines : une partie vient du Ragos, — elle est bactériologiquement pure — ; l'autre partie, l'eau de Saint-Antoine, contient du bacille d'Eberth et de nombreuses variétés de coli. Une portion de la ville reçoit exclusivement l'eau du Ragos, l'autre est soumise à l'alimentation mixte en saison sèche, d'où recrudescence de la dothiénentérie en août-septembre.

La prophylaxie se déduit de ces considérations : n'user que d'eau bouillie en saison sèche.

Coagulation et décoagulation du sang dans les veines ; prophylaxie de la phlébite et de l'embolie. — M. *Chantemesse* rappelle que l'examen clinique, de même que l'expérimentation, ont mis en évidence les variations en plus ou en moins de la coagulabilité du sang.

M. Chantemesse détermine, à l'aide d'une solution aqueuse d'oxalate de potasse, le degré de coagulabilité du sang chez les typhiques. S'il constate de l'hypercoagulabilité, soit au lendemain d'une hémorragie, soit au début d'une phlébite, il administre au malade 15 à 18 grammes d'acide citrique par jour, durant 2 ou 3 jours seulement.

Il estime que, grâce à la recherche, au lit du malade, du degré de coagulabilite du sang, on peut prévenir en certains cas l'apparition des hémorragies ou celle des thromboses ou des embolies.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1909.

L'intervention sanglante et la suture osseuse dans les fractures. — M. ***Willems*** (Gand). — L'intervention pour fractures doit être limitée à un nombre de cas restreint. Dans les cas où. pour une raison quelconque, je juge nécessaire d'intervenir opératoirement, je me contente de supprimer l'obstacle à la réduction, de coapter les fragments du mieux possible, puis, faisant tenir par mes aides le membre en bonne position, je referme la plaie et maintiens mes fragments à l'aide de l'appareil que j'aurais appliqué si la réduction sanglante avait été utile. Je ne mets jamais d'agrafes ni de sutures métalliques, et en résumé je me borne à faire le premier temps de l'opération sanglante telle qu'on la fait d'ordinaire. J'ai obtenu ainsi d'excellents résultats et cela m'a permis d'éviter les multiples inconvénients des corps étrangers métalliques.

M. ***Walther***. — Je crois qu'on peut en effet, par le procédé de M. W., obtenir de très bons résultats et j'ai moi-même employé plusieurs fois cette méthode avec succès. La découverte des fragments peut nous montrer l'obstacle à la réduction, muscles, tendons, esquille osseuse basculée, etc., nous permet de le supprimer et l'on peut, une fois la réduction obtenue, la maintenir à l'aide d'un simple appareil plâtré. Parfois cependant on ne peut maintenir les fragments en contact. Dans ce cas je suture les os à l'aide de gros catguts de façon à ne pas laisser de corps étranger persistant. Cela suffit à maintenir les fragments pendant l'application de l'appareil. Il faut d'ailleurs savoir qu'il est souvent difficile de trouver des aides qui sachent maintenir les fragments en place le temps nécessaire.

M. ***Lucas-Championnière***. — Bien que je ne croie pas les corps étrangers capables de grands méfaits, je crois cependant qu'il est préférable de n'en point laisser, car j'ai toujours vu les fractures sans sutures se réparer plus vite que les fractures avec sutures.

M. ***Demoulin***. — Depuis longtemps je crois que la suture osseuse dans les fractures doit être tout à fait exceptionnelle, même en cas de fracture ouverte. J'ai vu, avec M. Hennequin, des fractures qui ne se réduisaient pas sous chloroforme se réduire par l'action de l'extension continue. Or, seules les fractures avec obstacle vrai à la réduction commandent l'intervention. Le traitement mécanique par un appareil bien fait est très supérieur à toute autre action thérapeutique.

M. ***Nélaton***. — J'ai en effet toujours vu obtenir des résultats excellents par M. Hennequin, même dans des cas de fractures graves qui, pour certains chirurgiens, eussent pu justifier la suture osseuse.

M. ***Chaput***. — Je crois en effet qu'on intervient trop. Mais si l'intervention devient nécessaire, je ne crains pas de faire des sutures osseuses.

M. ***Broca***. — La coaptation des fragments, leur maintien en bonne position, peuvent, après intervention sanglante, se faire sans suture osseuse ; mais il est cependant des cas où il est préférable, à mon sens, de suturer les fragments.

M. ***Thierry***. — J'ai employé assez souvent la suture osseuse et je ne crois pas qu'il soit toujours possible de maintenir l'os fracturé en bonne position, sans suture. J'ai vu plusieurs fois même, sous le plâtre, des fils à suture casser et le déplacement se reproduire.

M. ***Schwartz***. — Le plus souvent il est possible dans les fractures d'obtenir une réduction suffisante au point de vue fonctionnel. Il est cependant des fractures dans lesquelles j'interviens volontiers. Ce sont les fractures de l'avant-bras. La suture osseuse ici m'a donné de bons résultats.

M ***Quénu***. — Bien que fort peu interventionniste dans les fractures fermées, il est cependant des cas où je juge bon d'opérer. Dans ces cas, je ne crains pas de suturer les os. Le fil d'argent n'empêche pas la fracture de se consolider. Je crois que si la suture ne donne pas toujours les beaux succès qu'on en peut attendre cela tient pour une part à la manière de faire. J'avais autrefois de moins bons résultats que maintenant parce que je voulais trop faire. Il ne faut contusionner les tissus, les vaisseaux, le périoste, que le moins possible. Mais je persiste à penser que la suture est une ressource précieuse et que les inconvénients des fils métalliques ne sont pas si grands qu'on l'a dit.

Hémostase préventive dans les opérations sur le bassin et la racine des membres inférieurs. — M. ***Willems***. — On a récemment proposé, en Allemagne, de serrer le corps au niveau de la taille à l'aide d'un gros tube de caoutchouc pour arrêter le sang et faire l'hémostase préventive du bassin et de la racine des membres inférieurs.

J'ai employé cette méthode dans 4 cas. Chez 3 de mes malades l'hémostase fut obtenue très simplement, (il s'agissait de mala-

des maigres). Dans le 4e cas, il s'agissait d'une femme ayant une scoliose si prononcée que le tube ne pouvait passer entre les côtes et la crête iliaque. Mais l'adjonction d'une pelote de compresses en avant nous permit d'atteindre le résultat cherché.

Au début, l'hémostase est parfaite. Mais si l'opération dure plus de dix minutes on voit se produire un suintement en nappe probablement parce que nombre de petites voies collatérales échappent à la compression.

La pression sanguine augmente nettement au pouls radial. Quand on enlève le garrot, le pouls augmente de fréquence. Mais au total on ne peut signaler aucun phénomène consécutif important et les malades ne se plaignent de rien.

M. *Monod*. — On redoutait cependant la douleur puisque le promoteur de cette méthode conseillait de faire la compression des membres et de ne supprimer que progressivement cette compression après l'ablation du garrot.

M. *Willems*. — C'était une mesure préventive, employée par crainte des phénomènes qui pourraient survenir au moment de l'afflux brusque du sang dans les membres inférieurs. Mais elle ne me semble pas nécessaire.

Présentation de malades. — M. *Thierry* présente un malade porteur d'un vaste épithélioma de la région deltoïdienne et développé sur une ancienne cicatrice de brûlure.

M. *Ricard* présente une malade qu'il a opérée en plusieurs séances d'un épithélioma cutané étendu à la fesse et à toute la partie supérieure de la cuisse, et qui est actuellement cicatrisé. Cet épithélioma s'était également développé sur une cicatrice de brûlure.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE RADIOLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1909.

Effets des filtres d'aluminium sur les rayons X.— M. le Dr *Guilleminot*. — L'auteur donne les résultats de ses travaux sur les filtres d'aluminium ; il est arrivé à dresser un tableau complet des changements de quantité et de qualité des divers faisceaux à travers ces filtres, et l'on peut constater que les courbes obtenues coïncident parfaitement avec les courbes expérimentales.

M. le Dr *Belot*. — Par une méthode différente, j'ai obtenu les mêmes résultats que M. Guilleminot. En outre, je ferai remarquer qu'ils permettent d'expliquer clairement certaines expériences de M. Barjon exposées dans les *Archives d'électricité médicale*.

M. le Dr *Béclère*. — Nombreux sont les médecins qui considèrent les filtres employés en radiothérapie comme pouvant et devant préserver les malades de toute radiodermite. Or il n'y a pas de filtre qui puisse rendre la radiodermite impossible. Le rôle des filtres est de diminuer la différence qui existe entre l'absorption au niveau des couches superficielles et l'absorption au niveau des couches profondes, et de permettre ainsi de conserver plus facilement l'intégrité des téguments.

Simple note sur la radiographie rapide. — M. le Dr *Béclère*.— Il s'agit de quelques remarques pratiques. Pour ses expériences le Dr Béclère a employé un vase cylindrique en verre de Bohême, à fond mince, gradué extérieurement en centimètres et rempli d'eau distillée jusqu'à une certaine hauteur ; un os y a été immergé, le tout placé sur une plaque sensible à côté d'un radiochromomètre de Benoit et exposé aux rayons de l'ampoule. On a fait ainsi une série de clichés. On a constaté que, au point de vue durée de la pose, la quantité des rayons émis par l'ampoule n'est pas le seul facteur intéressant, la qualité des rayons employés a une grande importance ; ce sont les rayons 6 et 7 du radiochromomètre de Benoit qui donnent les meilleurs résultats.

M. le Dr *Aubourg*. — La difficulté est le réglage des tubes.

M. le Dr *Belot*. — Deux facteurs sont surtout importants à connaître : l'intensité du courant qui passe dans l'ampoule et la différence de potentiel à ses bornes. Il est possible, en effet, que le radiochromomètre de Benoit ne fonctionne pas avec les hautes intensités de la même façon qu'avec les intensités habituellement employées jusqu'ici.

M. le Dr *Aubourg*. — J'ai obtenu des clichés excellents et identiques de la main avec des rayons de qualités absolument différentes, en radiographie rapide.

M. le Dr *Béclère*.— On doit s'efforcer de déterminer la qualité des rayons émis ; pour cela, on fait fonctionner l'ampoule à petit régime, avant de procéder à la radiographie et afin de la ramener chaque fois dans les mêmes conditions.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

I

Réforme du Doctorat en médecine.

Par décret du Président de la République en date du 11 janvier 1909, après un long rapport de M. Gaston Doumergue, ministre de l'Instruction publique, les conditions pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, sont modifiées ainsi qu'il suit :

TITRE Ier. — **Durée des études. — Conditions de grades. Inscriptions. — Livret scolaire.**

Art. 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent cinq années, non compris l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie ; pendant les cinq années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie, ou dans une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt inscriptions. Ils doivent produire, pour prendre la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret scolaire au nom de chaque étudiant.

Sont inscrites au livret scolaire les notes d'assiduité et d'interrogation obtenues aux travaux pratiques et aux stages.

Le livret, tenu à jour, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens, sous peine de nullité de l'examen.

Une fois la scolarité terminée, il est remis à l'étudiant avec le diplôme.

TITRE II. — **Enseignement.**

Programmes d'enseignement. — Enseignement théorique.— Enseignement technique (travaux pratiques). — Enseignement clinique.

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1o Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine ;

2o Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3o L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT.

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire, ou, à défaut, par l'agrégé chargé du cours, délibéré en assemblée de la Faculté et soumis au ministre de l'instruction publique.

Après approbation du ministre, les programmes sont publiés au début de l'année scolaire.

L'assemblée de la Faculté fixe également le nombre de leçons, conférences et séances de travaux pratiques que comporte l'exécution de chaque programme.

Art. 7. — Le Doyen est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut s'y faire aider par une commission composée, sous sa présidence, d'un professeur titulaire désigné par les professeurs titulaires, d'un autre professeur titulaire désigné par les agrégés en exercice.

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE.

Art. 8. — Dans chaque Faculté ou École, il est fait, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année, un exposé de l'organisation générale des études médicales.

Art. 9. — L'enseignement théorique comprend :

1o Les sciences biologiques :

Anatomie,

Histologie,
Notions d'embryologie,
Physiologie,
Notions de physique et de chimie médicales.
2° Les enseignements annexés à la médecine, à la chirurgie et à l'obstétrique :
Physique et chimie appliquées à la médecine,
Anatomie pathologique,
Anatomie topographique,
Médecine opératoire,
Pathologie expérimentale,
Bactériologie,
Parasitologie,
Pharmacologie,
Hygiène,
Thérapeutique,
Médecine légale.
3° Pathologie générale,
Pathologie interne,
Pathologie externe,
Obstétrique.
Stomatologie.
Notions de législation et de déontologie médicales.
Tous ces enseignements sont complétés, suivant leur nature, par des démonstrations et travaux pratiques.

ENSEIGNEMENT TECHNIQUE (TRAVAUX PRATIQUES)

Art. 10.— Les travaux pratiques sont obligatoires et sont répartis entre les cinq années de scolarité.
Le travail de l'étudiant aux travaux pratiques est constaté par des interrogations ou des manipulations donnant lieu à des notes inscrites au livret scolaire.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

Art. 11.—L'enseignement clinique comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :
1° L'enseignement élémentaire et pratique de la sémiologie et de la technique sémiotique pour les élèves de 1re année ;
2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale ;
3° L'enseignement élémentaire des cliniques spéciales ci-après :
Dermatologie et maladies vénériennes ;
Voies urinaires ;
Maladies nerveuses ;
Maladies mentales ;
Médecine infantile ;
Chirurgie infantile ;
Ophtalmologie ;
Oto-rhino-larynlogie :
Gynécologie ;
Maladies contagieuses.

TITRE III. — **Du stage.**

Art.12.—Le stage est obligatoire pendant les cinq années d'études.
Il doit être accompli au siège de la Faculté ou École pendant les quatre premières années.
Pendant la cinquième année, il peut, avec l'autorisation de la faculté, être fait dans les établissements choisis par l'étudiant en France ou à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que ce stage a été réellement accompli.
Art. 13.— Chaque année, le stage a une durée de neuf mois.
En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.
Art.14.— Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'Administration générale de l'Assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine et de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque Faculté ou École.
Des facilités seront accordées aux internes des hôpitaux pour l'accomplissement des stages spéciaux.
Art.15. —Les stagiaires de première année sont groupés dans des services qui leur sont réservés.
Sous réserve d'une entente entre la Faculté ou École et l'administion de l'assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, à partir de la troisième année aux consultations et aux gardes d'hôpital.
Art. 16.— Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.
Il lui est délivré un certificat comprenant deux notes, l'une d'assiduité, l'autre d'interrogations. L'insuffisance d'assiduité peut entraîner la suspension de l'inscription suivante. Il est tenu compte de la note d'interrogations dans le résultat des examens.

TITRE IV.—**Répartition des enseignements des travaux pratiques et du stage.**

Art.17.— Les enseignements, les travaux pratiques et le stage sont répartis ainsi qu'il suit entre les différentes années d'études :

Première année.

Semestre d'hiver : Ostéologie. — Anatomie descriptive (y compris le système nerveux périphérique).
Notions élémentaires de pathologie générale comme introduction à l'étude de la médecine (enseignement facultatif pour les étudiants).
Semestre d'été : Histologie.—Physiologie.
Travaux pratiques.
Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Deuxième année

Semestre d'hiver : Achèvement de l'anatomie, y compris le système nervaux central, et anatomie topographique.
Semestre d'été : Achèvement de l'histologie et notions d'embryologie. — Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales.
Travaux pratiques.
Stage le matin dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Troisième année.

Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe. Quelques leçons de tératologie sont annexées à la pathologie externe.
Cours d'accouchements avec manœuvres obtétricales. Quelques leçons de tératologie sont annexées à ce cours.
Enseignement de la médecine opératoire.
Enseignement de la bactériologie.
Enseignement élémentaire, en quelques leçons, de la pathologie expérimentale.
Enseignement de la parasitologie.
Travaux pratiques de médecine opératoire, de bactériologie expérimentale et de parasitologie.
Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

Quatrième année.

Enseignement de la pathologie interne et de la pathologie externe.
Enseignement de la pathologie générale.
Enseignement de l'anatomie pathologique.
Notions élémentaires de matière médicale (médicaments simples et composés).
Eléments de pharmacologie (action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses).
Travaux pratiques d'anatomie pathologique, de matière médicale et de pharmacologie,
Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.
Suivant ses convenances et ses moyens propres, chaque faculté ou école organise, en troisième et en quatrième année, les stages des cliniques spéciales.
Les stages de cliniques spéciales, sauf pour la gynécologie, sont obligatoires.

Cinquième année.

Enseignement de la thérapeutique.
Enseignement de l'hygiène.
Enseignement de la médecine légale.
Enseignement de la stomatologie.
Notions de législation et de déontologie.
Notions pratiques d'hygiène.— Démonstrations et travaux pratiques de médecine légale.
Stage dans les services généraux de médecine et de chirurgie.

TITRE V.— **Des examens.**

Art. 18.— Les examens sont de deux sortes :
1° Les examens de travaux pratiques ;
2° Les examens de fin d'année.

a) EXAMENS DE TRAVAUX PRATIQUES.

Art. 19.— Chaque enseignement donnant lieu à des travaux pratiques a pour sanction un examen placé à la fin des travaux pratiques.
Cet examen comprend :
L'épreuve pratique.

Des interrogations.

Art. 20.— Sont l'objet d'examens de travaux pratiques les matières suivantes :

L'anatomie, l'histologie, la physiologie, la physique et la chimie appliquées à la médecine, la médecine opératoire, la parasitologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique, la matière médicale, la pharmacologie, l'hygiène et la médecine légale.

Art. 21.— En cas d'échec à l'examen de travaux pratiques, l'étudiant est tenu de faire une nouvelle série d'exercices avant de prendre l'inscription du trimestre suivant.

En cas de succès ultérieur, l'inscription lui est accordée rétroactivement.

Art. 22.— Pour les travaux pratiques dont la durée ne dépasse pas trois mois, la faculté ou école devra organiser des séries complémentaires d'épreuves.

Il y aura, avant le début de l'année scolaire, une session d'examens de travaux pratiques pour les candidats ajournés à la session précédente, quel que soit l'endroit où, pendant les vacances, ils auront faits leurs travaux pratiques.

L'étudiant de nouveau ajourné à cette session supplémentaire sera tenu de recommencer son année d'études.

Art. 23.— Pourront être admis par la commission scolaire à subir les examens de travaux pratiques, les élèves qui justifieront devant la commission avoir suivi des travaux pratiques dans des établissements dépendant de l'Université ou agréés par la faculté.

b) EXAMENS DE FIN D'ANNÉE.

Art. 24.— Indépendamment des examens de travaux pratiques, chaque année d'études se termine par un examen de fin d'année.

Art. 25.— Sont l'objet d'examens de fin d'année les matières suivantes : anatomie et histologie ; physiologie avec notions de physique et de chimie médicales ; obstétrique ; pathologie interne ; pathologie externe ; pathologie générale ; thérapeutique ; hygiène ; médecine légale avec notions de législation et de déontologie et les cliniques visées à l'article 27.

Art. 26.—Les examens de fin d'année sont répartis ainsi qu'il suit :

Première année.

Anatomie et histologie.

Deuxième année.

1º Anatomie et histologie ;

2º Physiologie avec notions de physique et de chimie médicales.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Troisième année.

Obstétrique.

Quatrième année.

1º Pathologie interne ,

2º Pathologie externe ;

3º Pathologie générale.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Cinquième année.

1º Thérapeutique ;

2º Hygiène ;

3º Médecine légale avec notions de législation et de déontologie.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

EXAMENS DE CLINIQUES

Art. 27. — Les examens de cliniques ont lieu après validation de tous les stages obligatoires.

Ils comprennent :

1º Examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe ;

2º Examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale avec revision générale de l'obstétrique ;

3º Examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.

Les examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

TITRE VI. — Dispositions spéciales aux différents examens. — Examens de travaux pratiques. — Jurys

Art. 28. — Aux examens de travaux pratiques, pour les matières qui ne font pas en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation peut porter sur l'ensemble du programme ; pour les matières qui font en outre l'objet d'un examen de fin d'année, l'interrogation est limitée au programme des travaux pratiques.

Art. 29. —Les examens de travaux pratiques sont subis devant des commissions spéciales de trois membres.

Peuvent faire partie de ces commissions :

Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints, les agrégés, les chefs de travaux et assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de 1re classe.

Sauf, le cas de force majeure, chaque commission d'examens de travaux pratiques comprendra le chef des travaux pratiques correspondants.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE

Art. 30. — Chacun des examens de fin d'année est subi devant un jury de trois membres.

Art. 31. — Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants.

Ces questions sont tirées au sort.

Le candidat tire un bulletin de l'urne : ce bulletin contient trois questions différentes ; le candidat est interrogé sur une, sur deux ou sur les trois questions, au choix du jury.

L'examen est public ; il est subi devant le jury complet.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury complet.

EXAMENS DE CLINIQUES

Art. 31. — Le jury de chacun des examens de cliniques est composé de trois juges.

Art. 32. — Pour la clinique chirurgicale, chaque série d'examens comprend au maximum : trois candidats ;

Pour la clinique médicale : quatre candidats ;

Pour la clinique obstétricale : six candidats.

Art. 34. -- L'épreuve consiste dans l'examen d'un ou de deux malades.

Les candidats aux épreuves de clinique médicale et de clinique chirurgicale disposent de quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade.

Pour l'épreuve de clinique obstétricale, le temps attribué à l'examen du malade est de vingt minutes au maximum.

L'examen des malades a lieu sous la surveillance du jury.

Les juges siégeant ensemble interrogent successivement les candidats au sujet des malades examinés et s'assurent, en outre, qu'ils possèdent les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance le service où il aura à subir l'épreuve clinique.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE — EXAMENS DE CLINIQUES — SESSIONS — NOTATION

Art. 35. — Les examens de fin d'année ont lieu en deux sessions : l'une en juillet, l'autre en octobre.

Les dates en sont fixées par le Doyen ou Directeur.

Sauf pour les examens de cliniques, aucun examen individuel ou collectif ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 36. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen, qui n'est accordée que pour motif grave, subir l'examen correspondant à son année d'études à la session de juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 37. — L'étudiant qui n'a pas subi avec succès l'examen correspondant à son année d'études au plus tard à la session d'octobre est ajourné à la session de juillet de l'année scolaire suivante et ne peut prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

L'étudiant ajourné en juillet et en octobre peut obtenir le transfert de son dossier dans les formes prescrites par le décret du 21 juillet 1897.

Art. 38. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Extrêmement satisfait ;

Très satisfait ;

Bien satisfait ;

Satisfait ;

Mal ;

Nul.

Les notes *mal* et *nul* sont éliminatoires.

Dans les examens de cliniques, la note *mal* entraîne l'ajournement à trois mois ; après deux échecs successifs, l'ajournement est fixé à six mois.

La note *nul* entraîne l'ajournement à six mois.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

THÈSE

Art. 39. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de cliniques et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Art. 40. — Pour chaque thèse de doctorat, le jury est composé de trois juges.

Art. 41. — Les examens de cliniques et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 42.— Les étudiants inscrits dans les Écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première, à la deuxième, à la troisième et à la quatrième année d'études.

Les étudiants inscrits dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première et à la deuxième année d'études.

Art. 43. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examen sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

TITRE VII. — **Dispositions transitoires.**

Art. 44. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent decret.

Les étudiants qui auront pris inscription avant cette date subiront les examens d'après le régime prévu par le décret du 24 juillet 1899.

Art. 45. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent décret, les dispositions contraires des décrets des 31 juillet 1893, 31 décembre 1894 et 24 juillet 1899.

Art. 46. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

En ce qui concerne l'Ecole de Médecine d'Alger.

Art. 1er. – Les aspirants au doctorat inscrits à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger pourront subir, devant cette école, les cinq examens de fin d'année prévus par le décret du 11 janvier 1909 portant réorganisation des études médicales.

Ils ne pourront subir les examens ds clinique et l'épreuve de la thèse que devant une faculté de médecine ou une faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 11 janvier 1909.

A. Fallières.

II

Réforme de l'enseignement pour le diplôme de chirurgien-dentiste

Par décret présidentiel en date du 11 janvier 1909, après un rapport de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, les études pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, sont réformées ainsi qu'il suit :

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste durent cinq années, savoir :

Deux années de stage ;

Trois années de scolarité.

Le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894.

Les docteurs en médecine et les chirurgiens dentistes, diplômés d'une Faculté de médecine française, qui dirigent un laboratoire de prothèse dentaire, situé au chef-lieu académique, pourront, sur leur demande et après avis de la Faculté ou École, être autorisés par le recteur à recevoir des stagiaires.

En aucun cas, ils ne seront autorisés à recevoir chacun plus de trois stagiaires.

Art. 2. — Le stage est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis et s'il ne produit soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles est admis pour l'inscription au stage.

Art. 3. — Les inscriptions de stage sont reçues au secrétariat de la Faculté ou de l'École de médecine.

Il est remis à chaque stagiaire une expédition de son inscription mentionnant ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Art. 4. — L'inscription doit être renouvelée pour la deuxième année au mois de juillet.

Elle n'est renouvelée que sur la production d'un certificat de présence délivré par le doyen de la Faculté ou par le Directeur de l'école, ou par le Directeur du laboratoire auquel le stagiaire est attaché.

Si le stagiaire, sans sortir du chef-lieu académique où il a pris son inscription, passe d'un laboratoire de prothèse dentaire dans un autre, il est tenu de produire. pour le renouvellement de son inscription, outre un nouveau certificat de présence, des certificats délivrés par les directeurs de laboratoire chez lesquels il a travaillé depuis la précédente inscription.

Il est fait mention de ces pièces sur le registre et sur l'extrait d'inscription.

Quand un stagiaire change de chef-lieu académique, il est tenu de se faire inscrire de nouveau, dans le délai de quinzaine, dans sa nouvelle académie, en produisant un extrait de ses précédentes inscriptions, constatant les périodes de stage qu'il a régulièrement accomplies jusqu'au jour de son départ.

Toute période de stage qui n'a pas été constatée, conformément aux dispositions qui précèdent, est considérée comme nulle.

Art. 5. — Aucune dispense de stage ne sera accordée.

Art. 6. — Les stagiaires qui justifient de deux années régulières de stage subissent un examen de validation devant un jury nommé par le recteur et composé dc deux docteurs en médecine ou chirurgiens dentistes exerçant l'art dentaire et d'un professeur ou d'un agrégé d'une faculté de médecine, président.

Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et en novembre, dans les facultés ou écoles de médecine.

Les candidats déposent leurs certificats de stage en se faisant inscrire pour l'examen.

Art. 7. — L'examen de validation comprend :

1º L'exécution d'un dessin reproduisant schématiquement la forme extérieure et l'anatomie d'une ou de plusieurs dents ;

2º Une épreuve pratique de modelage (reproduction en cire, plâtre, bois ou ivoire d'une dent ou de plusieurs dents) ou de moulage d'une empreinte de la bouche ;

3º Une épreuve pratique de prothèse dentaire : exécution d'un appareil comprenant au moins une partie métallique estampée et soudée ;

4º Des interrogations sur la physique, la mécanique, la chimie et la métallurgie appliquée à l'art dentaire, d'après un programme fixé par arrêté ministériel.

Il est accordé deux heures pour le dessin, quatre heures pour la deuxième épreuve, modelage ou moulage ; huit heures pour l'épreuve pratique de prothèse.

L'ensemble des interrogations dure une demi-heure au plus pour chaque candidat.

Art. 8. — La valeur de chaque épreuve est exprimée par une des notes ci-après :

Très bien, bien, assez bien, médiocre, mal.

Est ajourné à la session suivante, après délibération du jury, tout candidat qui a mérité soit deux notes *médiocre*, soit la note *mal*.

Aucun candidat ne peut se présenter à l'examen de validation devant deux Facultés différentes pendant la même session. Le candidat devra déclarer par écrit, au moment de subir l'examen, qu'il ne s'est pas déjà présenté dans la session.

En cas d'infraction à cette disposition, l'article 33 du décret du 21 juillet 1897 sera appliqué au délinquant.

Art. 9. — Pendant les trois années de scolarité, les aspirants prennent douze inscriptions trimestrielles. La première inscription doit être prise au trimestre de novembre sur la production du certificat d'examen de validation de stage.

Art. 10. — L'enseignement comprend, en première, en deuxième et en troisième année, les matières suivantes :

Première année

Eléments d'anatomie, de physiologie, de bactériologie.

Asepsie et antisepsie.

Anatomie complète des dents, de leur développement et de leur connexion avec les maxillaires.

L'enseignement de première année est complété par des travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

Deuxième année,

Elément de sémiologie médicale et auscultation du cœur.

Odontologie. hygiène de la bouche.

L'enseignement de deuxième année est complété par des travaux pratiques ; cliniques dentaires et travaux de laboratoires.

Troisième année

Cliniques dentaires, dentisterie opératoire. Prothèse.

Art. 11. — Les examens qui déterminent la collation du titre de chirurgien-dentiste sont au nombre de trois.

Le premier est subi à la fin de la première d'année d'études, après la quatrième et avant la cinquième inscription trimestrielle. Il porte sur les matières enseignées en première année.

Le deuxième est subi à la fin de la deuxième année, après la huitième et avant la neuvième inscription. Il porte sur les matières enseignées en deuxième année.

Le premier et le deuxième examens sont des examens théoriques.
Le troisième est subi à la fin de la troisième année, après la douzième inscription.
Il se subdivise en deux parties comportant les épreuves ci-après:

1re PARTIE

Clinique des affections dentaires.
(Revision des connaissances des candidats en ce qui touche l'hygiène de la bouche et les anesthésiques).

2e PARTIE

Epreuve pratique de dentisterie opératoire.
Epreuve pratique de prothèse dentaire exécutée au laboratoire.
La durée de ces deux épreuves est fixée par le jury.
Le bénéfice de l'épreuve subie avec succès reste acquis au candidat.

Art. 12. — Les sessions d'examens ont lieu deux fois par an, à la fin et au commencement de l'année scolaire.

Elles ont lieu aux sièges des Facultés et Ecoles de médecine des académies où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans des établissements de l'Etat, soit dans des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894.

Le jury est composé de trois membres. Peuvent faire partie du jury des docteurs en médecine exerçant l'art dentaire et des chirurgiens dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique. Le jury est présidé par un professeur ou un agrégé de la Faculté de médecine.

Art.13.— Les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire sont tenus de transmettre, à la veille de chaque session d'examens, leurs programmes d'enseignement au Doyen de la Faculté ou au Directeur de l'école de médecine dans le ressort de laquelle ils sont placés.

Art.14.— Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services dentaires hospitaliers, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen ou directeur.

Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art.15.— Le troisième examen peut être subi dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires des administrations publiques d'assistance.

Le jury est composé d'un professeur ou d'un agrégé de la Faculté de médecine, président, et de deux docteurs en médecine exerçant l'art dentaire ou chirurgiens dentistes.

Il est nommé par arrêté ministériel.

Art.16.— Les élèves en cours d'études et ceux dont la scolarité sera terminée à la date de la promulgation du présent décret subiront les examens suivant le régime prévu par les décrets du 25 juillet 1893 et du 31 décembre 1894.

Art.17.— Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à partir du 1er novembre 1909.

Toutefois du 1er juillet 1909 au 30 octobre 1911, il sera encore tenu des sessions d'examens pour l'obtention du certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893.

Art.18.— A partir du 1er novembre 1911, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions seront admis à subir les examens en vue du diplôme de chirurgien dentiste avec dispense totale du premier de ces examens s'ils justifient de deux années de stage accomplies dans les conditions prévues par le présent décret.

Art.19.— Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

A partir du 1er novembre 1909, ils pourront obtenir dispense du stage et dispense partielle de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public, s'ils justifient, soit du baccalauéat de l'enseignement secondaire, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Art.20. — Sont et demeurent abrogées les dispositions contraires à celles du présent décret.

Art.21. — Le ministre de l'Instructiou publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel.*

Programme de l'examen de validation de stage.—Comme conséquence du décret qui précède, le ministre de l'Instruction publique a pris un arrêté déterminant ainsi qu'il suit le programme des sciences de l'examen de validation de stage imposé aux aspirants au diplôme de chirurgien dentiste.

PHYSIQUE APPLIQUÉE

Pesanteur. Usage de la balance.
Hydrostatique. Transmission des pressions. Presse hydraulique. Usages dentaires.
Etude des gaz. Pression atmosphérique ; son rôle dans la rétention des appareils. Compressibilité et raréfaction des gaz. Appareils à air comprimé employés en art dentaire : maillet, moteur à air comprimé.
Chaleur : conductibilité. Sensation du chaud et du froid sur les obturations métalliques.
Thermométrie. Thermomètres médicaux.
Dilatation. Déformations dues à la dilatation.
Changements d'états. Mélanges réfrigérants. Froid produit par l'évaporation.
Anesthésie par réfrigération. Vulcanisateur.
Mouvement vibratoire. Inscription des vibrations ; leur emploi dans les appareils enregistreurs des mouvements physiologiques.
Optique. Notions d'optique physique. Réflexion et réfraction de la lumière. Dispersion. Diverses sortes de radiations. Appareils d'optique. Microscope.
Phosphorescence. Fluorescence. Interférences ; polarisation ; notions sur le saccharimètre.
Electricité. Sources d'électricité statique et d'électricité dynamique. Etincelle. Courant.
Galvanoplastie. Dorure des plaques et des appareils dentaires.
Chaleur développée dans les circuits électriques. Lampes et appareils de chauffage employés en art dentaire.
Déviation de l'aiguille aimantée par le courant. Appareils de mesure.
Notions de mesures électriques.
Induction. Machines dynamo-électriques. Renseignements pratiques sur la production, la distribution et l'installation des courants élecriques. Appareils dentaires ; lampes, bouillottes, maillets et tours électriques. Bobine de Rhumkorff. Principes de radiographie dentaire.

CHIMIE APPLIQUÉE

Généralités

Exposé du programme. Corps simples et corps composés. Lois de la conservation de la matière et de l'énergie.
Lois des actions chimiques. Théorie atomique. Classification. Nomenclature. Formules chimiques.
Isomérie, Allotropie. Dissociation. Fonctions chimiques. Radicaux.

CHIMIE MINÉRALE

Hydrogène. Oxygène. Ozone. Eau oxygénée : son titrage.
Azote.
Air atmosphérique. Sa composition.
Protoxyde d'azote. Acide azotique. Ammoniaque.
Soufre. Acide sulfureux. Acide sulfurique. Hydrogène sulfuré.
Chlore. Iode. Brome. Acide chlorhydrique.
Phosphore. Acide phosphorique.
Arsenic. Acide arsénieux.
Carbone. Acide carbonique. Oxyde de carbone. Sulfure de carbone.
Silice. Acide borique.
Généralités sur les métaux.
Potassium, sodium. calcium et leurs sels.
Aluminium, magnésium, zinc et leurs composés.
Etain, antimoine, bismuth.
Fer et chrome.
Plomb, cuivre, mercure.
Argent, or, platine.
Alliages, amalgames et ciments dentaires.

NOTIONS ÉLÉMENTAIRES DE CHIMIE ORGANIQUE ET DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

Carbures d'hydrogène. Benzine. Essence de térébenthine. chloroforme. Iodoforme. Gaz d'éclairage.
Alcool éthylique. Ether. Bromure d'éthyle. Ether ordinaire.
Glycérine. Corps gras.
Aldéhydes. Chloral. Formol.
Phénol. Gaïacol.
Acide acétique. Acide lactique. Acide benzoïque. Acide salicylique.
Alcalis organiques. Amines. Anilines. Alcaloïdes.
Hydrates de carbone. Matières sucrées et amylacées.
Matières albuminoïdes.
Sang : composition ; coagulation.
Foie. Fonction glycogénique. Bile ; composition.
Salive. Suc gastrique. Suc pancréatique.
Urine normale. Composition : urée ; chlorures, phosphates, etc.
Urine pathologique : albumine, sucre, sang, etc.
Composition chimique des os et des dents.

MÉCANIQUE APPLIQUÉE

Du mouvement. Principes des divers modes de production du mouvement : chute d'un corps pesant, chute d'eau, compression de l'air, air chaud, vapeur d'eau, mélange détonant, électricité.

Transmission et transformation du mouvement. Organes mécaniques ; poulies et courroies, engrenages, bielles et manivelles. Description du tour d'atelier et du tour à fraiser.

Equilibre des forces. Parallélogramme des forces. Théorie du levier. Applications à la théorie des appareils d'extraction, clefs, daviers, élévateurs. Applications à la théorie des appareils de redressement les plus simples.

De la masse. Théorie du marteau. Application aux fouloirs et maillets employés en art dentaire.

Transmission du travail par les machines. Petits moteurs employés en art dentaire.

MÉTALLURGIE APPLIQUÉE

Propriétés particulières des métaux malléabilité, ductilité, ténacité, dureté, conductibilité à la chaleur. Modifications apportées à ces propriétés par le travail des métaux. Ecrouissage.

Alliages et amalgames. Modifications générales apportées par l'alliage aux propriétés des métaux constituants.

Principaux métaux et alliages employés en art dentaire.

Or. Ses usages dentaires : plaques, couronnes, obturation, or adhésif et non adhésif. Platine.

Argent. Etain. Alliages pour amalgames. Cuivres.

Mercure. Amalgames divers.

Plomb, zinc, antimoine. Métaux et alliages pour moules et porte-empreintes. Soudure.

Aluminium. Alliages d'aluminium.

Composés métalliques ; oxyde de zinc. Emploi dans la confection des ciments dentaires.

ANALYSES

L'anthracose pulmonaire ;

Par Audren de Kerdrel, Thèse de Lyon, 1908.

Cette question est longuement étudiée surtout au point de vue expérimental par l'auteur qui conclut que :

1° Il est impossible de reproduire avec les seules poussières les lésions anatomiques décrites par les auteurs sous le nom de pneumokoniose. Ces lésions doivent être attribuées à la tuberculose.

2° Les pneumokonioses ne sont pas des entités morbides, car l'encombrement charbonneux est incapable de produire des troubles pathologiques.

3° La muqueuse intestinale ne peut être franchie par les poussières de charbon.

4° Les particules charbonneuses renfermées dans les alvéoles sont incapables de produire la coloration noire caractéristique qui est due à une pigmentation spéciale.

5° L'élimination se fait par voie lymphatique d'où le charbon peut arriver jusqu'aux ganglions. Le rôle nocif des poussières est des plus douteux.

6° La sclérose pulmonaire est due à la perméabilité des tissus modifiés par le processus morbide et par l'âge du sujet et par son état général ;c'est ainsi que les points pulmonaires traumatisés sont davantage imprégnés que les autres.

Dr Thébault.

Du traitement général des maladies infectieuses et notamment de la fièvre scarlatine, par le Professeur Dr E. Grawitz (de la clinique municipale de Charlottenburg- Westend) (1).

- Au sujet de l'emploi de l'urotropine comme prophylactique de la néphrite consécutive à la fièvre scarlatine, l'auteur s'exprime de la façon suivante :

Aussitôt après l'arrivée du malade, il lui est administré de l'urotropine dans le but de prévenir l'inflammation des reins ; chez les petits enfants, 0,25 gr. 3 fois par jour, chez les enfants plus âgés et chez les adultes,0,5 gr. 3 fois par jour,cela pendant 4 jours consécutifs. Le médicament est alors suspendu pendant 4 jours, puis repris 4 jours et enfin, après un nouveau repos de 4 jours, une 3e reprise de même durée est ordonnée. L'albuminurie, même constatée dès l'arrivée, ne constitue pas une contre-indication, au contraire, on la voit souvent disparaître dans un court délai, sous l'action de l'urotropine.

Les résultats de cette prophylaxie, poursuivie par nous depuis 4 ans, sont si brillants et si significatifs que je dois attribuer à cette mesure une part essentielle dans l'influence si favorable qu'a subie la cote de mortalité. Si d'autres cliniciens dénient à cette méthode toute importance, c'est qu'il y a dans le cours du traitement d'autres circonstances qui paralysent l'action de l'urotropine.

Après M. le médecin assistant Dr Patschowski, qui a déjà décrit dans ce journal, en 1905, les résultats favorables de cette prophylaxie à l'ancien contingent de malades de notre clinique, je peux aujourd'hui rapporter l'observation de plus de 500 cas de scarlatine.

Dans cette période entière de 4 à 5 ans, il n'est survenu d'accès d'irritation ou d'inflammation des reins que chez 5 à 6 % seulement des malades reçus avec les reins intacts, le plus grand nombre de ces accès étant d'ailleurs de nature passagère ; chez aucun de ces malades la néphrite chronique n'est demeurée et — ce qui est particulièrement probant — chez aucun il n'a été observé d'urémie.

Si je compare ces faits avec ceux des années antérieures, où l'apparition subite de pénibles hémorrhagies néphrétiques avec frissons, suivies souvent d'immédiate urémie au milieu des meilleures convalescences était un événement fréquent, je dois affirmer que ces complications dangereuses n'ont plus été observées dans les dernières années et que même les malades qui sont arrivés au 3e jour de maladie avec une irritation des reins, n'ont eu que très rarement à souffrir des pénibles suites de la néphrite, grâce au traitement indiqué ci-dessus.

La saignée, dont j'ai expérimenté antérieurement, dans beaucoup de cas d'urémie scarlatineuse, et notamment chez de très jeunes enfants, l'action salutaire, a été employée dans ces dernières années, dans la division des scarlatines, uniquement dans les cas provenant de complications néphrétiques.

(1) Extrait de la *Therapeutische Monatshefte*, décembre 1908.

BIBLIOGRAPHIE

La grippe ou influenza ; par le Dr G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, 1 volume petit in-8, de VIII-474 pages (Masson et Cie, éditeurs à Paris ; Ch. Dirion, éditeur à Toulouse). Prix : 5 fr.

Ce petit volume résume, notamment au point de vue clinique, les nombreux documents qui ont été publiés, dans ces derniers temps, sur la grippe ou influenza. C'est une mise au point, très exacte et très complète, d'une maladie qui a des points de contact avec la pathologie tout entière. C'est un ouvrage qui vient à son heure et qui rendra les plus grands services aux praticiens, car la grippe est peut-être la maladie qu'ils rencontrent le plus souvent dans la clientèle journalière.

Après des considérations générales sur la grippe, l'historique de cette maladie et de la fameuse épidémie de 1889-1890, l'auteur étudie la bactériologie, l'anatomie pathologique et les lésions de l'influenza. Les chapitres suivants traitent de la symptomatologie et des différentes formes cliniques de la grippe (formes thoraciques, formes gastro-intestinales, formes nerveuses), des rapports de la grippe avec diverses maladies, de la grippe épidémique chez les enfants. Le Dr André passe ensuite en revue les complications si nombreuses et si diverses de la grippe (complications dans l'appareil respiratoire, dans l'appareil circulatoire, dans l'appareil digestif, dans l'appareil urinaire, complications gastro-intestinales, oculaires, auriculaires, etc.). Les derniers chapitres de l'ouvrage sont consacrés au diagnostic de l'influenza et au traitement de cette maladie (traitement général, traitement de la convalescence, traitement de la grippe infantile) et se termine par quelques données thérapeutiques sur les troubles auriculaires.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Le petit cœur des cirrhotiques ;

Par M. **Paul CARNOT**,
Agrégé, médecin des hôpitaux.

D'après quelques faits que nous avons observés, le cœur des cirrhotiques paraît être, dans la majorité des cas, d'une petitesse remarquable. Cette exiguïté, qui ne semble pas avoir attiré l'attention, et qu'il y aurait lieu de vérifier sur un plus grand nombre de cas, est, d'après nous, connexe de l'hypotension artérielle que l'on observe dans les cirrhoses, quels que soient d'ailleurs les rapports réciproques des deux phénomènes.

A cet égard, nous opposerions volontiers le petit cœur que nous avons observé chez les cirrhotiques, et qui semble lié à l'hypotension artérielle de Gilbert et Garnier, du gros cœur de Traube, que l'on observe chez les brightiques, et qui semble lié à l'hypertension artérielle de Potain. L'une et l'autre modifications relèvent des lois générales de Mécanomorphose qui proportionnent la structure d'un organe à son fonctionnement, et des lois d'Hydraulique qui font qu'un système de conduits se dilate au-dessus d'un obstacle et se rétrécit au-dessous.

A titre d'exemple, nous relaterons brièvement un cas que nous avons observé l'an dernier, pendant les vacances, à l'hôpital Broussais et qui est surtout démonstratif par sa pureté, puisqu'à la cirrhose ne se trouvaient associées ni lésions tuberculeuses, ni altérations valvulaires, artérielles ou rénales, susceptibles de compliquer l'interprétation des faits.

***

Il s'agissait d'une blanchisseuse de 48 ans, atteinte d'une cirrhose dont l'origine alcoolique ne paraît pas douteuse : cette femme, en effet, au dire des voisines, faisait de nombreux abus de vin et d'apéritifs : elle présentait, depuis longtemps, des cauchemars, des tremblements, des pituites et des troubles gastriques. Il y a 6 mois, les désordres digestifs se sont aggravés ; puis les jambes ont légèrement enflé. Il y a 3 mois, l'œdème s'est accentué ; le ventre s'est distendu progressivement. Enfin l'amaigrissement et la faiblesse se sont accentués, au point de nécessiter l'entrée de la malade à l'hôpital, le 7 août 1907.

Le sujet, de taille moyenne, paraît alors très émacié : les traits du visage sont tirés ; le teint est terreux ; les pommettes sont variqueuses, les conjonctives jaunes. L'amaigrissement du thorax et des membres supérieurs contraste avec l'œdème des jambes et avec le développement du ventre, tombant sur les flancs, moyennement distendu par l'ascite, et sillonné, surtout à gauche, de nombreux vaisseaux collatéraux.

Le foie est difficile à aborder, mais paraît petit ; la rate est grosse.

Le pouls est rapide, faible et mou, n'ayant certainement pas, au doigt, une tension supérieure à 12 ou 13 cm. de mercure. Parallèlement, les urines sont rares, hautes en couleur, avec une faible quantité d'albumine.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade est prise d'épistaxis : on trouve du sang dans ses selles ; le teint jaunit ; le délire s'installe ; la cachexie progresse rapidement et la mort survient le 29 août 1907.

A l'autopsie, on vérifie le diagnostic de cirrhose alcoolique, sans tuberculose concomitante. Le foie pèse 1300 gr. est dur, marronné, avec un peu de péri-hépatite : à la coupe, il résiste au couteau, présente des grains de cirrhose de taille variable, enkystés par des bandes plus ou moins larges de sclérose, et offre un aspect luisant, légèrement gras. La rate est volumineuse, pesant 250 gr. Le pancréas semble normal.

Les reins pèsent ensemble 315 gr. : ils sont un peu congestionnés, mais se décortiquent bien et ne présentent pas de lésions de néphrite chronique.

Le cœur, surtout, attire l'attention par sa petitesse : on dirait un *cœur de grand enfant*. Vide de sang, il ne pèse, en effet, que 183 gr. Le ventricule gauche, notamment, est petit : il est coiffé et surplombé par l'oreillette gauche qui le déborde; ses parois sont minces. L'aorte qui en part est, elle aussi, de petites dimensions, mais saine et sans plaques athéromateuses. Aucune lésion valvulaire. Péricarde sain.

Voici, pour plus de précisions, quelques mensurations du cœur, prises par M. Baudouin, interne du service, que nous remercions vivement : nous comparerons ces chiffres aux chiffres normaux correspondants, donnés par M. Letulle.

Poids	183 gr.	au lieu de 250
Circonférence au niveau de la cloison auriculo-ventriculaire	201mm	au lieu de 245
Epaisseur de la paroi ventriculaire *gauche* contre la face antérieure	10mm5	au lieu de 12 à 15
Epaisseur de la paroi ventriculaire *droite* contre la face antérieure	5mm	au lieu de 5 à 6
Circonférence de l'aorte, un centim. au-dessus des sigmoïdes	57mm	au lieu de 65

Comme on le voit par ces chiffres, la petitesse de l'organe est très sensible, particulièrement au niveau du ventricule gauche et de l'aorte.

Cette observation est surtout démonstrative en ce que les faits y sont simples et d'une interprétation facile. En l'absence de tuberculose et d'autres lésions viscérales, la cirrhose du foie peut seule y être tenue pour responsable de la petitesse si accentuée du cœur.

***

Dans mainte autre circonstance, nous avons pu constater, anatomiquement ou cliniquement, la petitesse du cœur chez les cirrhotiques.

Anatomiquement, nous ne retiendrons que deux cas de cirrhose pure, dans lesquels le cœur pesait respectivement 150 et 125 gr.

Nous ne tiendrons pas compte d'autres cas plus complexes. Dans les uns, on constatait encore une petitesse remarquable du cœur ; mais la coexistence de tuberculose pulmonaire, si fréquente dans la cirrhose, compliquait le problème (on sait, en effet, la fréquence de l'hypotension et de la petitesse du cœur chez les tuberculeux). Dans d'autres cas, le cœur était, au contraire, normal de volume, ou même hypertrophié : mais il s'agissait alors de scléreux, de rénaux ou de cardiaques, chez lesquels l'influence des lésions concomitantes voilait celle de la cirrhose elle-même.

Cliniquement, nous avons, de même, en dehors de toute constatation nécropsique, observé, par la percussion ou par la radioscopie, le volume du cœur chez les cirrhotiques : ces procédés d'exploration, quoique moins probants que l'examen direct, nous ont donné des résultats du même ordre. Ils nous ont permis de distinguer deux types cliniques différents :

Dans un premier type, il s'agit de cirrhotiques, avec oligurie, avec œdèmes, avec hypotension (de 10 à 13 cm.

de Hg au sphygmomanomètre) ; en pareil cas, le cœur est généralement petit, nettement inférieur à la normale.

Dans un 2e type, par contre, il s'agit encore de cirrhotiques, mais sans oligurie et sans œdèmes ; la tension artérielle est normale ou supérieure à la normale, dépassant 15 cm. de Hg, atteignant parfois 20 cm. : généralement, alors, les artères sont indurées, tuyau de pipe ; il y a même parfois assez rarement d'ailleurs coexistence de néphrite chronique : en pareil cas, non seulement le cœur n'est pas inférieur à la normale, mais souvent, il est nettement hypertrophié. Il s'agit bien encore de cirrhose, mais développée chez un scléreux, chez un artériel, chez un rénal ou chez un cardiaque. Les caractères de la tension et le volume du cœur sont modifiés par là-même.

Ces deux types cliniques nous paraissent s'opposer l'un à l'autre par une grande partie de leurs symptômes circulatoires.

Mais, quelle que soit la fréquence du 2e type, on ne doit pas oublier que, seul, le premier représente dans sa pureté, la cirrhose de Laënnec, et que la petitesse du cœur est alors la règle.

***

Comment peut-on interpréter la petitesse du cœur chez les cirrhotiques ?

Un premier point, sur lequel nous avons déjà insisté, est celui de la coexistence du petit cœur avec l'hypotension artérielle.

On sait que, pour Gilbert et Garnier, l'hypotension artérielle s'oppose, dans la cirrhose, à l'hypertension portale. Cette hypotension artérielle est très fréquente, et nous l'avons, nous-même, souvent constatée ; mais elle n'est pas constante, et nous venons de voir qu'elle manquait, en particulier, chez certains cirrhotiques à la fois artérioscléreux cardiaques, ou même rénaux.

Or, nous avons précisément constaté le parallélisme des deux symptômes : là où l'hypotension manquait, le petit cœur manquait également. Il y a donc lieu d'établir une relation intime entre les deux phénomènes.

Peut-on aller plus loin et subordonner l'un à l'autre ?

L'hypotension, en diminuant la résistance périphérique, diminue le travail du cœur, et, par là même, la vigueur nécessaire au myocarde pour pousser l'ondée sanguine : or on connaît la rapidité d'adaptation d'un organe à sa fonction : il n'est donc pas étonnant que le cœur diminue rapidement de volume.

Inversement, la petitesse du cœur, en ne chassant, à chaque systole, qu'une faible quantité de sang, contribue probablement à diminuer la pression artérielle ?

Mais s'il y a, probablement, retentissement mutuel des phénomènes, l'hypotension et la petitesse du cœur dérivent, l'une et l'autre, avant tout, d'une cause commune, qui est l'obstacle hépatique posé sur la circulation portale. Cet obstacle agit en ne laissant passer à travers le cœur, dans l'unité de temps, qu'une quantité de sang très inférieure à la normale ; le cœur n'a donc besoin que de peu de force contractile et n'est distendu que par une masse de sang réduite : aussi diminue-t-il, à la fois, de volume et de force. De même, l'aorte et les vaisseaux ne sont distendus qu'incomplètement à chaque systole, et il en résulte un certain degré d'hypotension. C'est, d'ailleurs, ce qui résulte des expériences de Ludwig, de Gilbert et Garnier, sur la baisse de pression carotidienne immédiatement consécutive à la ligature du tronc porte.

On conçoit donc que la petitesse atrésique du cœur et l'hypotension soient, l'une et l'autre, des conséquences du barrage circulatoire constitué par la cirrhose du foie.

***

Il est intéressant de comparer la petitesse du cœur, liée à l'hypotension, que l'on observe dans les cirrhoses, avec d'autres phénomènes, de même ordre ou de nature opposée, dans lesquels la petitesse ou la grosseur du cœur est commandée par la situation même du barrage circulatoire :

a) Il est tout d'abord une affection dans laquelle on observe aussi un petit cœur et une hypotension artérielle concomitante : c'est la *tuberculose pulmonaire*. On sait qu'en pareil cas la tension est généralement faible, aux environs de 12 ; le cœur des tuberculeux est, d'autre part, petit, surtout quant à son ventricule gauche : son oreillette gauche surplombe le ventricule et le déborde, à la façon d'une coque renversée : d'où la jolie comparaison avec un gland et sa coque : c'est le « cœur en gland de chêne » des tuberculeux.

Quant à la cause de l'atrésie cardiaque des tuberculeux, elle est encore assez obscure : elle est, probablement, d'origine périphérique, liée peut-être à la vasodilatation que provoquent les poisons tuberculeux ; il semble, en tous cas, que l'hypotension artérielle soit le phénomène initial et entraîne secondairement la réduction, fonctionnelle et anatomique du ventricule gauche, alors que le cœur droit garde son volume normal. Quoi qu'il en soit, le petit cœur du tuberculeux est surtout caractérisé par la réduction de volume du ventricule gauche.

b) Dans une autre affection, le *rétrécissement mitral*, on observe, à la fois, un petit cœur (ou plutôt un petit ventricule gauche) et de l'hypotension artérielle ; la cause en est évidemment dans la sténose mitrale elle-même qui gêne l'afflux du sang : le ventricule gauche, incomplètement rempli à chaque révolution cardiaque, finit alors par réduire ses dimensions par un mécanisme analogue à celui que nous avons noté chez nos cirrhotiques. Mais, ici, l'obstacle étant constitué par la sténose mitrale, l'oreillette gauche, la petite circulation, le cœur droit tout entier, placés en amont de l'obstacle, sont dilatés et gorgés de sang : dans la cirrhose, au contraire, l'obstacle circulatoire étant au niveau du foie, toutes les cavités cardiaques siègent au-dessous de la sténose circulatoire et tendent, les unes et les autres, à réduire leurs dimensions : la pléthore sanguine existe donc seulement de l'autre côté de l'obstacle, dans le territoire porte.

La petitesse du cœur du cirrhotique se distingue donc de celle du tuberculeux et de celle du rétrécissement mitral, en ce qu'au lieu d'être localisée au ventricule gauche, elle est étendue à tout le cœur, au cœur droit comme au cœur gauche ; la petite circulation pulmonaire, elle-même, est restreinte par le fait de l'obstacle hépatique sus-jacent et ce n'est peut être pas une des moindres causes à la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les cirrhotiques.

c) Lorsque le barrage circulatoire est au niveau de l'aorte, ou, plus loin, sur la circulation artérielle, il y a, non plus hypotension, mais hypertension, non plus petit cœur atrésié, mais gros cœur hypertrophié : tel est, notamment, le cas dans la néphrite interstitielle et dans certaines asystolies.

Dans la *néphrite*, l'hypertension artérielle est bien connue depuis Potain : il y a, secondairement, hypertrophie compensatrice du ventricule gauche pour lutter contre l'obstacle périphérique : de là le gros cœur de Traube, ou, plutôt, le gros ventricule gauche de Traube.

Dans l'*insuffisance aortique*, il y a également hypertension et hypertrophie du ventricule gauche ; mais l'hypertension y a peut-être moins de part que le reflux sanguin à travers la valvule insuffisante.

Enfin dans certaines *asystolies*, il y a réplétion exa-

gérée des vaisseaux et du cœur par un sang qui ne peut cheminer normalement : aussi l'hypertrophie compensatrice, puis la dilatation, sont-elles étendues, non plus seulement au ventricule gauche, mais au cœur total, et aboutissent-elles, ultérieurement, au « gros cœur de bœuf ».

Petit cœur d'enfant uniformément atrophié chez le cirrhotique ; petit cœur gauche en gland de chêne chez le tuberculeux ; petit ventricule gauche avec gros cœur droit chez le rétréci mitral ; gros cœur gauche de Traube chez les brightiques, gros cœur de bœuf chez l'asystolique : telles sont les formules qui peuvent s'opposer l'une à l'autre.

Ces différents cas dérivent tous d'une même loi générale d'Hydraulique, dont les exemples sont nombreux dans la pathologie générale des canaux et des cavités : lorsqu'un obstacle siège sur un conduit et modifie l'écoulement de son contenu, ce conduit élargit ses dimensions en amont de l'obstacle et les restreint en aval.

Cette loi d'Hydraulique s'applique aux divers organes cavitaires de l'organisme, aussi bien à l'œsophage, à l'estomac, à l'intestin, aux canaux hépatiques ou rénaux qu'à l'appareil circulatoire lui-même. On peut en déduire immédiatement tous les faits que nous venons de rappeler.

Si l'obstacle circulatoire siège dans les capillaires périphériques, il se produit une augmentation de volume du ventricule gauche : c'est ce qui se produit dans le gros cœur de Traube des brightiques.

Si l'obstacle siège au niveau de la valvule mitrale, il y a à la fois atrésie du ventricule gauche en aval de l'obstacle et dilatation du reste du cœur et de la circulation pulmonaire en amont : c'est ce qui se produit dans la sténose mitrale.

Si l'obstacle siège au niveau de l'artère pulmonaire ou du poumon, il y a atrésie du cœur gauche en aval, dilatation hypertrophique du cœur droit en amont.

Enfin, si l'obstacle siège au niveau du système veineux, au niveau du système porte notamment, comme dans les cirrhoses, il y a atrésie de tout le cœur et de la petite circulation en aval, distension de tout le système porte en amont.

Ainsi s'expliquent, dans leur généralité, les différents retentissements, sur le cœur, des sténoses circulatoires, dont le petit cœur des cirrhotiques ne constitue qu'un cas particulier.

Une complication rare du cancer du côlon.

Par **A. SCHWARTZ**, chef de clinique chirurgicale à la Faculté et **PHILBERT**, interne des hôpitaux de Paris.

Un homme, âgé de 32 ans, employé de commerce, entre à la Charité, salle Bouillaud, pour des vomissements.

Ce malade, indemne de toute tare générale et vierge de tout passé gastrique, a été pris, en août 1908, cinq semaines avant son admission, et une heure après son repas, de vomissements alimentaires, ne s'accompagnant d'aucune réaction générale.

Le lendemain, il continue à travailler comme de coutume ; mais dans la matinée il vomit le chocolat qu'il avait absorbé.

Pendant 5 ou 6 jours, ces vomissements se reproduisent, survenant surtout dans l'après-midi, une ou deux heures après le déjeuner, vomissements toujours alimentaires. En même temps, le malade accuse un peu de diarrhée. Bientôt les vomissements deviennent plus fréquents, plus irréguliers dans leur apparition, survenant aussi bien la nuit que le jour, tantôt immédiatement après le repas, tantôt à un moment quelconque.

Ces vomissements étaient annoncés au malade par une sensation de ballonnement, de pesanteur au creux épigastrique, puis par une sensation d'étouffement qui disparaissait aussitôt que le rejet des aliments était effectué.

A la diarrhée, qui a duré 5 à 6 jours, a fait suite une constipation opiniâtre, absolue, contre laquelle tous les purgatifs restent sans effets.

Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

A ce moment, il présente des vomissements, une constipation opiniâtre, un ventre rétracté et un pouls rapide. L'interne de service appelle le chirurgien de garde qui pense à un obstacle haut situé sur le tube digestif, au voisinage du pylore ou du duodénum, mais refuse d'intervenir.

Le malade est mis en observation à la salle Boyer. Pendant deux jours les vomissements s'arrêtent. On le repasse en médecine, salle Bouillaud, où le même état persiste ; mais la constipation reste toujours opiniâtre.

Dans la nuit du 14 septembre, les vomissements reviennent, mais cette fois avec des caractères nettement fécaloïdes.

Revenu en chirurgie, on constate toujours le même ventre rétracté, où la palpation ne révèle rien de particulier, on lui donne un lavement qui produit une diarrhée abondante et amène la disparition momentanée des vomissements.

Il revient salle Bouillaud, le lundi, et deux jours après les vomissements reparaissaient, grisâtres, d'odeur repoussante.

Mais la constipation a cessé et le malade a tous les jours une garde-robe diarrhéique.

Le docteur Josué le voit le vendredi. Il constate que l'estomac n'est plus perceptible par l'examen clinique, alors que la veille l'interne du service avait trouvé nettement le clapotement stomacal.

M. Josué pense à un obstacle gastrique haut situé, à un estomac biloculaire peut-être, et on décide qu'une radioscopie sera faite.

Mais le surlendemain, dimanche, le malade présente un mauvais état général, un pouls rapide, des extrémités froides et il entre dans le service du prof. Reclus.

A l'examen du malade on constate nettement les symptômes suivants :

1° *Symptômes généraux* : le facies est tout à fait abdominal, le nez pincé, les extrémités froides, le pouls extrêmement rapide, pas de fièvre.

2° *Symptômes digestifs* : Il y a des vomissements incontestablement fécaloïdes. Cependant pas de constipation.

3° *Symptômes abdominaux* : Le ventre est complètement rétracté et insensible. Le palper ne décèle rien nulle part.

On fait immédiatement un lavage d'estomac et on retire deux litres environ de matières fécaloïdes.

Etant donné ce tableau clinique un peu paradoxal, nous portons le diagnostic de : occlusion intestinale très haut placée expliquant ainsi les vomissements fécaloïdes et la rétraction de l'abdomen ; et occlusion peut-être incomplète permettant des évacuations rectales.

L'opération est faite. Le malade avait reçu, au préalable, des injections d'huile camphrée et de sérum artificiel.

Incision médiane sus-ombilicale. L'intestin grêle est vide et un examen rapide, mais incomplet, permet de voir qu'il est absolument hors de cause.

Nous examinons alors le gros intestin et de suite nous sommes arrêtés, près de l'angle splénique, par une tu-

meur grosse comme une petite orange, tumeur dure, irrégulière, englobant et fixant l'estomac et le côlon transverse, près de son angle.

Nous nous mettons en devoir d'isoler d'abord l'estomac, dont la grande courbure plongeait pour ainsi dire dans la tumeur qui semblait occuper le côlon. Cette séparation fut longue et difficile et une fois qu'elle fut achevée, je constatai dans cet estomac une perte de substance, une brèche, large comme la paume de la main. Nous réséquons les bords de la perte de substance gastrique et nous fermons l'estomac par un double surjet.

Examinant alors le côlon, nous voyons qu'à ce niveau, il est incurvé, comme refoulé de haut en bas, formant une coudure très marquée qui évidemment permettait difficilement le passage des matières d'autant plus que la tumeur en rétrécissait encore la lumière.

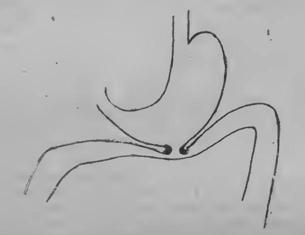
De plus, là aussi nous trouvons un vaste trou, à bords néoplasiques.

L'opération ayant déjà duré fort longtemps (une heure et demie) nous mobilisons l'anse colique, et nous la fixons dans la plaie, en extériorisant complètement la partie malade.

Fermeture partielle de la paroi — drainage.

L'intervention a été faite à une heure de l'après-midi. Le malade meurt dans la soirée.

L'examen de la pièce nous a montré qu'il s'agissait d'un cancer du côlon transverse, siégeant non loin de l'angle splénique, cancer qui avait amené une double complication : d'une part, obstruction à peu près complète de la lumière du gros intestin ; d'autre part, large communication du côlon avec l'estomac.



Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

L'ouverture du côlon transverse dans l'estomac est relativement rare dans l'évolution des cancers de cet organe. C'est le plus souvent le cancer de l'estomac qui s'ouvre dans le côlon. M. Bec (1), sur 43 cas de fistules gastro-côliques consécutives au cancer, a trouvé 35 cancers gastriques et 8 cancers du côlon.

Dans le cas particulier, cette communication était telle qu'après l'isolement de l'estomac on aurait pu introduire une orange dans la brèche.

D'autre part, cette communication avait une disposition des plus intéressantes comme le montre le schéma. Le côlon transverse présentait une véritable plicature à ouverture supérieure, et cette plicature, très profonde, contribuait certainement pour une bonne part à l'obstruction colique. Dans la concavité du pli s'enfonçait l'estomac qui présentait ainsi une communication avec les deux segments du côlon séparés par la plicature.

(1) Thèse de Lyon, 1897.

Cette curieuse disposition nous explique, il nous semble, les apparences paradoxales du tableau clinique. Le malade présentait *des vomissements fécaloïdes incontestables*. Il n'y a, à cela, rien d'étonnant, puisque le contenu du côlon transverse se déversait avec la plus grande facilité dans l'estomac. Il est bien évident qu'à partir du moment où la fistule gastro-côlique ou plutôt la communication si large des deux organes existait, toutes les matières passaient de l'intestin dans l'estomac.

Cette disposition anatomique explique aussi *la rétraction absolue du ventre*.

La circulation des matières, dans l'intestin, n'était nullement troublée. Les matières n'étaient point arrêtées, puisqu'elles pouvaient se déverser du côlon dans l'estomac et de là au dehors.

Enfin, le segment intestinal sous-jacent à la tumeur n'était pas absolument fermé. Des matières pouvaient encore passer dans le bout inférieur, d'où la possibilité des garde-robes.

Ainsi, il y avait là une disposition anatomique très curieuse qui nous explique le tableau clinique en apparence paradoxal qu'avait présenté le malade : *vomissements nettement fécaloïdes* avec *ventre rétracté* et *absence de constipation*.

Ces symptômes présentaient enfin quelques particularités.

Les vomissements fécaloïdes étaient intermittents, ce qui peut s'expliquer par la largeur de la communication.

Une fois l'intestin vidé, soit par le vomissement, soit par les selles (et cela est arrivé après un lavement), il peut s'écouler quelques jours avant que l'estomac ne soit à nouveau rempli par les matières.

La vacuité et la souplesse de l'abdomen, symptôme fréquent dans les fistules gastro-côliques, peut s'expliquer dans ce cas par deux mécanismes : d'une part, l'intestin se vidait très bien dans l'estomac, d'autre part, étant donnée la largeur de la communication, les aliments devaient passer en grande partie par cette brèche pour être rejetés de suite par les vomissements puisque la plicature et la sténose cancéreuse du côlon ne laissaient passer que peu de chose.

Un symptôme fréquent dans les fistules larges est *la lientérie* : les aliments sont versés directement dans le gros intestin d'où une diarrhée plus ou moins marquée. Mais, dans notre observation un autre fait venait modifier cette diarrhée, c'est la plicature et la sténose du côlon, d'où l'existence tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation.

Un examen minutieux, raisonné, aurait pu permettre de poser le diagnostic. En effet, d'une part, l'existence des vomissements fécaloïdes en si grande abondance impliquait une origine intestinale plutôt basse ; d'autre part, la vacuité absolue de l'abdomen, l'absence absolue de météorisme, aurait dû faire penser qu'il ne s'agissait pas d'une sténose, mais d'une communication pathologique entre l'intestin et l'estomac.

Mais le diagnostic aurait pu surtout se faire lorsque l'état général était encore bon. L'examen chimique des matières, décelant dans ces dernières de l'acide chlorhydrique libre, le lavage de l'estomac donnant moins de liquide qu'on n'en avait injecté ; l'insufflation de l'estomac, qui aurait permis au gaz de passer dans le côlon, ou inversement l'insufflation de l'intestin, qui aurait amené le passage du gaz dans l'estomac, ce sont là autant de manœuvres qui, à ce moment, auraient permis de poser un diagnostic.

Le traitement d'urgence que nous avons dû appliquer n'a pas laissé que de nous embarrasser.

Et d'abord nous n'avions pas de diagnostic précis. Aussi, quoique nous eussions l'idée bien arrêtée de ne faire qu'une opération d'urgence, rapide et simple, nous nous sommes laissés entrainer à une intervention longue et difficile.

Dans les cas semblables au nôtre, la meilleure opération est, d'habitude, soit un anus cœcal ou côlique, en amont de la fistule côlo-gastrique, soit une iléo-colostomie, unissant l'iléon et l'S iliaque, ce qui permet plus tard, si les circonstances s'y prêtent, de pratiquer l'extirpation du cancer côlique avec résection de l'estomac adhérent. Mais dans notre cas particulier, nous nous demandons si l'anus ou l'iléo-colostomie auraient suffi, car la fistule était tellement large que tous les aliments passaient peut-être par là pour être rejetés d'ailleurs avec les vomissements puisque le côlon était sténosé.

En tout cas, dans les cas de ce genre, comme on ne sait pas d'avance quelle est la disposition exacte des lésions, il nous semble que le mieux et le plus simple est de faire un anus cœcal ou colique, ou une anastomose iléo-côlique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des Réformes des Etudes médicales. Nécessité du rattachement des Ecoles de médecine au Ministère de l'Intérieur. Un projet de réforme qui date de plus d'un siècle.

L'opinion que nous allons émettre est éminemment révolutionnaire et subversive, puisqu'elle ne tend rien moins qu'à renverser l'ordre de choses établi. Mais que le lecteur se rassure, elle ne fleure absolument pas la Confédération générale du travail puisqu'elle consiste à réclamer le rattachement de l'Enseignement de la médecine au Ministère de l'Intérieur, qui ne nourrit pas, croyons-nous, des sentiments tout particulièrement tendres à l'égard de la C. G. T.

Les liens qui unissent les Facultés et Ecoles de médecine à l'Université sont en effet des liens purement traditionnels et la seule raison avouable de cette situation, paradoxale à notre époque, est purement le respect d'une antique constitution historique. L'ouragan révolutionnaire, en passant sur la France, a émietté en départements nos vieilles provinces, il a englouti les corporations et toutes les organisations de l'ancien régime, il a submergé même, un instant, le roc universitaire ; mais le calme revenu, l'Université a surgi immuable et la Faculté de médecine est restée attachée à ses flancs.

Et cependant, est-il compréhensible de voir l'enseignement de la médecine (comme d'ailleurs celui du droit), enseignement essentiellement pratique, technique, professionnel, rattaché au Ministère de l'Instruction publique où il n'a que faire ? Et quelles relations aura avec ce ministère au cours de sa vie le docteur en médecine, si ce n'est pour quémander les palmes académiques ?

Chaque département ministériel a sous sa dépendance les Ecoles techniques qui se rattachent à ses Administrations. L'Institut agronomique, l'Ecole des Eaux et Forêts, l'Ecole des haras, les Ecoles vétérinaires dépendent du ministère de l'Agriculture ; les Ecoles commerciales et les Ecoles des Arts et Métiers relèvent du ministère du Commerce et de l'Industrie. Le département de la Guerre, celui de la Marine, celui des Colonies, ont sous leur dépendance leurs Ecoles supérieures et leurs Ecoles spéciales, voire même leurs Ecoles de santé. Les Ecoles des Mines et des Ponts et Chaussées relèvent des Travaux publics. Seules, les Ecoles de Médecine, dont les élèves seront plus tard, par les exigences des lois sanitaires et d'assistance, en constants rapports avec le ministère de l'Intérieur, forment des Etablissements d'enseignement dit supérieur et sont rattachés à ce titre aux Universités et au ministère de l'Instruction publique. Il s'en suit que l'enseignement technique, l'enseignement pratique, est gêné dans son développement logique, que les Hôpitaux et les Ecoles de Médecine, qui devraient être intimement liés, sinon confondus sous une même direction, se font une guerre sourde, formant un de ces assemblages bizarres, assez semblables à ces monstres hétérodelphes où l'une des parties se développe, horriblement gênée par l'autre, qui, misérable parasite, végète péniblement.

La démarche récente de la Faculté de médecine de Paris auprès du ministre de l'Instruction publique, qui a montré la part infime que les médecins occupent dans les conseils qui président à l'organisation de leur enseignement, qui a réclamé timidement la création d'une commission médicale pour s'occuper avec compétence de ce qui a trait à l'enseignement de la médecine, est bien le meilleur argument pour démontrer que nos Facultés et Ecoles ne sont plus à leur place dans les Universités. Leur rattachement à l'intérieur serait un pas vers l'autonomie, que, dans un avenir plus éloigné, nous espérons se voir réaliser pour elles.

A ce sujet, il n'est pas sans intérêt de revenir en arrière et de jeter un coup d'œil sur le passé. Bien à propos, il nous est tombé sous la main le *nouveau Plan de la constitution pour la médecine en France* présenté à l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine, en 1790. Les membres de la Société royale de médecine n'étaient pas des révolutionnaires excessifs ; ce fut dans leurs rangs et dans ceux de l'Académie de chirurgie que l'on recruta plus tard les premiers éléments de notre Académie de médecine actuelle. Or, il est curieux de constater que dans ce Plan aucune allusion même n'est faite aux rapports pouvant exister entre l'enseignement médical et tout autre enseignement supérieur.

Par contre, nous y relevons une foule de propositions hardies et dont l'intérêt est d'une singulière actualité.

L'article II, par exemple, dit que l'enseignement « se fera librement dans les cours publics et particuliers et dans les divers hôpitaux du Royaume qui seront organisés dans cette vue. »

Dans l'article VI on lit : « Les six Professeurs de sciences théoriques seront stipendiés par l'Etat et les quatre Professeurs de médecine et de chirurgie pratique devant passer une grande partie de la journée dans l'Ecole clinique auront des honoraires doubles des premiers. »

L'article VII indique que « les Elèves paieront une rétribution aux professeurs qu'ils préfèreront suivre. »

L'article XII a trait à l'inspection des Ecoles :

« Il sera formé, dit-il, près des Directoires de Départemens, dans le ressort desquels seront établis les Collèges, un Comité ou Conseil chargé de l'inspection de tout ce qui concerne l'enseignement public, dans lequel sera toujours admis un nombre de médecins élus parmi ceux du ressort du Collège. Ce Comité veillera au maintien des Lois et Réglemens. Il s'assurera de l'assiduité des Professeurs ; il recevra, s'il y a lieu, les plaintes des Elèves, et il rendra, à la fin de son exercice, un compte public de la commission qui lui aura été confiée. »

Dans les articles XVI et suivants, la Société royale de médecine expose un projet de concours pour le choix des professeurs. Les examinateurs ou juges du concours, au nombre de cinq, comprennent deux professeurs et trois médecins, tous élus. Le Président du département (le préfet d'alors), trois membres du directoire et trois membres du Comité d'Instruction publique doivent assister au concours. C'est aux seuls concours et aux seuls examens que se limite l'intervention de l'instruction publique dans l'enseignement de la médecine. Lors des suffrages qui ont lieu à la suite du concours pour désigner le professeur, les voix des cinq juges sont balancées par les voix des Etudiants ayant subi avec succès les deux premiers examens, jointes aux voix des concurrents (art. XXIII).

L'exercice du professeur devait être, dans le projet, de douze ans ; il pouvait être prolongé avec le suffrage des étudiants (art. XXVII).

Dans le projet, bien d'autres articles seraient à relever, touchant l'assistance médicale, les hôpitaux, la salubrité publique, l'exercice de la pharmacie, l'organisation des écoles de médecine vétérinaire, logiquement annexées aux collèges de médecine, les expertises médicales et les registres mortuaires, mais nous ne pouvons les passer en revue au cours de cet article.

Bornons-nous à constater que bien des idées, qui paraissent aujourd'hui étranges et nouvelles, sont vieilles de 120 ans, qu'elles furent émises par un corps officiel de médecins éminents qui avaient pu se rendre compte de l'insuffisance et de la tyrannie de la vieille Faculté.

On nous objectera, il est vrai, que Vicq d'Azir, le fondateur et le secrétaire perpétuel de la Société royale de médecine, ne devait pas nourrir des sentiments filiaux à l'égard de la Faculté, aux persécutions de laquelle il avait été en butte.

Jalouse du succès qu'obtenait son cours libre d'anatomie, la Faculté fit en effet, interrompre ses leçons, en s'appuyant sur ses privilèges et des règlements surannés. Il fallut, pour permettre au brillant professeur de continuer son enseignement, l'affection d'Antoine Petit, qui le nomma son suppléant au Jardin du Roi.

On serait tenté de croire que la Société royale de médecine, épousant les rancunes de son fondateur, ait rédigé son Plan en haine de la Faculté, mais ceux qui savent quelle fut la haute valeur morale et intellectuelle de Vicq d'Azyr, qui jouissait d'une telle considération que l'Académie française lui fit occuper en 1788 le fauteuil de Buffon, resteront persuadés qu'en 1790, comme à notre époque, le désir de réprimer des abus, d'améliorer l'enseignement médical dans l'intérêt professionnel, furent les seuls mobiles des projets de réforme.

Il n'y a que les gens à vue étroite ou aveuglés par un conservatisme irréductible qui peuvent attribuer à la seule jalousie et à la seule envie un accord aussi unanime vers les réformes et le progrès.

J. Noir.

MEDECINE PRATIQUE

L'ultramicroscope et le diagnostic de la syphilis ;

Par G. **MILIAN**
Médecin des hôpitaux.

L'ultramicroscope est très mal nommé. On croirait, à ce nom, qu'il s'agit d'un microscope à grossissement considérable, dépassant tout ce qui a été obtenu jusqu'à ce jour et permettant de voir des infiniment petits restés jusqu'aujourd'hui au-delà des limites de la visibilité par les lentilles.

Il n'en est rien. L'ultramicroscope n'est qu'un système d'éclairage : il s'applique sur tous les microscopes et utilise les grossissements habituels.

Deux principes très élémentaires sont la raison de l'appareil : 1° plus un objet est éclairé et brillant, plus il est visible ; 2° tout objet brillant placé sur un fond sombre devient également plus visible.

On s'est proposé de rendre les objets examinés au microscope plus lumineux et de les détacher sur un fond obscur.

L'*intensité de l'éclairage* est obtenue par une source lumineuse très puissante, qui est, en l'espèce, une lampe électrique Nernst ou mieux un petit arc voltaïque dont les rayons sont condensés par une lentille biconvexe et projetés en un faisceau très puissant sur le miroir du microscope.

Le *fond obscur* est réalisé par un petit appareil qui s'applique sur la platine du microscope. La face supérieure de cet appareil est une plaque noire sur laquelle se détacheront les objets à examiner. Au-dessous de la plaque noire, il y a un système de lentilles qui recueille les rayons lumineux émanés de l'arc voltaïque et réfléchis par le le miroir du microscope. Ces rayons sont conduits *autour* de la plaque noire de telle sorte qu'ils aboutissent en dernier lieu *au-dessus* de celle-ci, au point précis où pullulent les bactéries à examiner.

Ainsi les bactéries peuvent-elles se détacher sur un fond obscur : d'un blanc éclatant, et même brillantes, ce qui les fait paraître plus larges, puisqu'elles sont comme entourées d'une auréole ; elles frappent immédiatement l'œil qui les voit malgré lui et n'a pas un seul instant besoin de chercher pour les découvrir : le moindre corps étranger apparaît immédiatement sur le fond noir.

***

En prenant des précautions convenables pour la récolte des produits à examiner, on découvre très facilement le treponema pallidum sur le fond noir de l'ultramicroscope. Autant il est difficile de voir ce microorganisme sur les préparations colorées, autant ici « il saute aux yeux » dès qu'on met l'œil à l'oculaire. On peut dire que s'il y a un seul triponème sur la lamelle, il lui est impossible d'échapper aux recherches : il sera fatalement découvert dès qu'il passera sous l'objectif.

Le parasite examiné dans les sucs qui sourdent des surfaces syphilitiques ulcérées reste vivant pendant plusieurs heures, s'il est conservé à une température convenable.

Formé de spires très serrées, au nombre d'une dizaine et davantage, il est animé de *mouvements de rotation en vrille* qui le rendent encore plus visible. Ces mouvements sont plus ou moins rapides suivant le degré de vitalité du parasite : j'ai pu compter jusqu'à 130 tours à la minute, mais en moyenne le chiffre ne dépasse pas 70. Le nombre des tours est beaucoup moindre quand le tréponème est en agonie. Le mouvement de rotation n'est pas absolument uniforme au cours d'un même tour : il s'accélère brusquement à un moment de sa course comme si le parasite recevait à un moment donné de sa rotation sur lui-même, et à chaque tour, l'impulsion d'un moteur, membrane ondulante par exemple. On dirait une roue tournant sur un axe et à laquelle on imprime de la main, à chaque tour, une impulsion pour entretenir le mouvement.

Ces mouvements de rotation s'accomplissent en général *sur place*, soit au milieu d'une nappe liquide, soit plus souvent au voisinage de débris cellulaires qu'il semble former par une de ses extrémités. Les sujets très longs sont parfois agités de mouvements de latéralité, en nageoire caudale. Il est très rare de voir progresser le tréponème, et, en tout cas, ses mouvements de progression sont d'une très grande lenteur. On peut, grâce à cela, étudier longtemps un même individu : il ne quitte le champ du microscope qu'au cas où il est entraîné par les courants du liquide dans lequel il est plongé.

Les parasites morts sont d'une observation moins facile, non seulement parce qu'ils ne possèdent plus de mouvements capables d'attirer le regard, mais aussi parce qu'ils s'altèrent rapidement ; ils n'apparaissent plus comme des spirales, mais comme de très petit grains séparés, les régions intermédiaires s'effaçant ; la rigidité de l'axe de la spire est compromise ; le parasite s'infléchit, se courbe en fer à cheval, en deux ou trois directions différentes, si bien que la totalité du parasite n'est plus sur le même plan, ce qui rend la mise au point et la reconnaissance plus difficiles.

***

Le diagnostic du parasite ainsi examiné est généralement facile. Je n'entends pas parler ici de sa différenciation d'avec les autres spirilles pathogènes, observées dans des maladies spécifiques : tels le *spirille d'Obermeier*, ou de la fièvre récurrente, ou mieux encore la spirochète du pian, *spirille pertenuis* ou pallidula, qui est l'agent d'une maladie exotique tellement semblable à la syphilis qu'on a voulu l'y assimiler complètement. J'entends surtout parler des microorganismes qu'on rencontre à l'état normal ou pathologique dans la bouche et sur les muqueuses, et qui y vivent si souvent en symbiose avec le tréponema pallidum et d'autres microbes.

Le plus répandu d'entre tous est assurément le spirochœta refringens décrit par Schaudinn (1) en 1905. Ce parasite est beaucoup plus épais que le T. pallidum ; son épaisseur est telle qu'on lui distingue à l'ultramicroscope un double contour. Ses extrémités sont arrondies et non effilées. Il ne possède que 4 ou 5 tours de spires, très profondes et très larges.

Enfin et par dessus tout, il possède une mobilité extrême, traversant comme une anguille le champ du microscope, bousculant sur son passage les autres microorganismes, allant et venant sans se retourner, faisant à son gré machine en avant ou machine en arrière. C'est d'un contraste très saisissant de voir la rotation paisible, et sur place, des quelques tréponèmes qu'on trouve dans la préparation au milieu de l'agitation grouillante des spirochœta refringens qui pullulent dans la préparation.

(1) SCHAUDINN et HOFFMANN. — *Deutsch. med. Woch.*, 1905, n° 18.

S'il se joint à ces microorganismes des microbes mobiles, si l'on trouve en outre un ou deux amas de cellules, d'un blanc éclatant comme des blocs de glace, on croit assister à je ne sais quelle danse fantasmagorique de monstres au bord de quelque abîme.

La *spirochœta dentium*, qui pullule dans les dents cariées, se rapproche aussi du tréponema pallidum. Il est pourtant plus court, un peu plus épais, et la profondeur des ondulations est très minime.

***

Si l'on se souvient combien le diagnostic des ulcérations syphilitiques (ulcérations linguales, anales, de la verge, des amygdales, du nez, etc.) plaques muqueuses, chancre) est souvent difficile, on conçoit combien l'ultramicroscope peut apporter de facilité et de précision dans le diagnostic différentiel de la syphilis et des lésions tuberculeuses, cancéreuses ou autres. « Quand on a vu cent chancres, disait M. Fournier dans ses cliniques de l'hôpital St-Louis, on n'hésite pas sur le diagnostic différentiel du chancre mou et du chancre syphilitique ; quand on en a vu mille on n'affirme plus rien du tout. » C'était une manière imagée de dire combien le diagnostic est souvent difficile. L'ultramicroscope permet de trancher la plupart du temps l'hésitation. Il faut néanmoins être persuadé que, là comme ailleurs, les résulats positifs seuls ont une valeur absolue, car, de ce qu'on ne trouve pas le tréponema pallidum dans un chancre, cela ne signifie pas obligatoirement qu'il ne soit pas syphilitique.

Kératite interstitielle ;

Par M. **POULARD**,
Ophtalmologiste des hôpitaux.

La kératite interstitielle ou parenchymateuse est essentiellement caractérisée par un trouble occupant les couches moyennes de la cornée et respectant l'épithélium qui en recouvre la surface. Ce dernier caractère la distingue nettement de la kératite superficielle.

Elle en diffère encore par son origine. Les agents producteurs de la kératite interstitielle n'atteignent jamais cette membrane par la voie exogène, mais par la voie endogène, la voie circulatoire.

L'agent de la kératite interstitielle est donc dans notre organisme ; la kératite interstitielle est toujours la manifestation d'un trouble de l'état général. Elle acquiert de ce fait une valeur séméiologique considérable dont le médecin ne peut se désintéresser.

SYMPTOMES. — Le symptôme essentiel consiste en un envahissement progressif de la cornée par un *trouble* particulier, qui se développe sans grande réaction, et s'en va de même en ne laissant que peu ou point de traces de son passage. Cette évolution se fait en trois périodes :

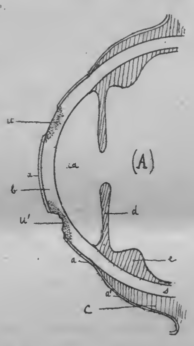
Periode d'infiltration, pendant laquelle un nuage grisâtre, commençant par le pourtour cornéen, s'étend peu à peu et voile bientôt toute la cornée transparente. En même temps on voit apparaître sur la sclérotique, au pourtour de la cornée, un anneau rouge d'injection périkératique. La vision se voile, cela se comprend ; mais la réaction peut être peu accusée.

Période de vascularisation. — Au bout de trois semaines, les vaisseaux péricornéens pénètrent peu à peu en fins petits pinceaux dans la cornée trouble. Cette infiltration vasculaire peut être très légère ou manquer complètement. Elle peut être considérable, infiltrer toute la cornée qui,

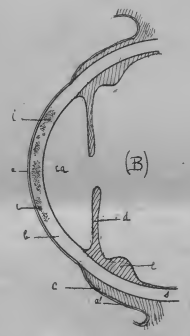
de grise qu'elle était, devient complètement rouge comme une cerise.

Pendant cette période, les troubles fonctionnels irritatifs

Fig. I. — Lésions comparées des kératites superficielle et interstitielle.



(A) Kératite superficielle. — *a*, épithélium cornéen ; *a'*, épithélium conjonctival ; *b*, tissu propre de la cornée ; *c*, conjonctive ; *d*, iris ; *é*, corps ciliaire ; *s*, sclérotique ; *c a*, chambre antérieure *u*, kératite ulcéreuse superficielle ; *u'*, kératite ulcéreuse profonde, entourées l'une et l'autre d'une zone d'infiltration dans le tissu propre de la cornée.



(B). — Kératite interstitielle. Les infiltrations cornéennes situées en (*i*) sont dans l'épaisseur de la cornée, dans le tissu propre (*b*) et laissent intact l'épithélium cornéen (*a*).

sont souvent plus accentués (photophobie, douleurs du globe, blépharospasme).

Période de résorption. — Au bout de six semaines à deux mois, la vascularisation diminue et la cornée s'éclaircit peu à peu, plus rapidement à la périphérie qu'au centre. Finalement la cornée redevient complètement ou presque complètement transparente.

En règle presque absolue les deux yeux sont pris successivement.

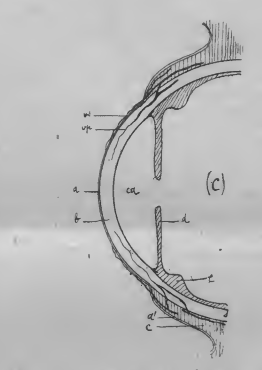


Fig. II. — Schéma destiné à montrer la situation différente des vaisseaux dans la kératite ulcéreuse superficielle et la kératite interstitielle. *vs*, vaisseaux superficiels cheminant à la surface de la cornée dans l'épaisseur de l'épithélium ; *vp*, vaisseaux profonds cheminant dans l'épaisseur de la cornée.

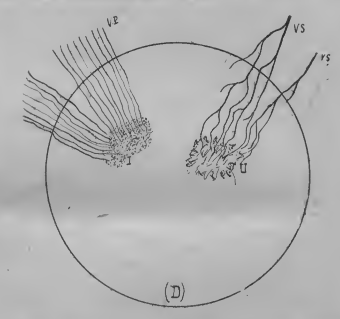


Fig. III. — Schéma destiné à montrer la différence de vascularisation dans les kératites interstitielles et les kératites superficielles *u*, ulcération superficielle ; *i*, infiltration interstitielle ; *v s*, vaisseaux dans la kératite superficielle ; *v p*, vaisseaux dans la kératite interstitielle.

Complications. — Ces kératites interstitielles, lorsqu'elles acquièrent quelque intensité, ne se localisent pas exclusivement à la cornée. Presque toujours l'iris et le corps ciliaire sont pris en même temps (Fig. 1, *d* et *e*). Cette affection est, en réalité, une inflammation de tout

le segment antérieur du globe oculaire, une iridocyclite, ou une irido-cyclo-kératite. Quand la cornée s'est éclaircie on constate souvent avec l'ophtalmoscope des lésions de la partie antérieure du fond de l'œil et des adhérences de l'iris.

Variétés cliniques. — Toutes les kératites interstitielles n'ont pas les caractères que je viens de décrire.

J'ai pris pour type la *kératite inierstitielle syphilitique* de l'enfant ou du jeune homme, celle qu'on rencontre 99 fois sur 100, celle qu'il faut connaître.

Je ne crois pas, en effet, que le praticien doive connaître les kératites interstitielles tuberculeuses, lépreuses ou autres, qui ne se rencontrent que très exceptionnellement. Il suffit qu'il soit prévenu de leur existence.

La kératite interstitielle syphilitique de l'adulte diffère un peu de celle de l'enfant ou du jeune homme. Fréquemment unilatérale, elle reste souvent localisée à une partie seulement de la cornée, la période de vascularisation est moins prononcée, la durée plus courte, et la guérison le plus souvent complète.

Diagnostic. — Le diagnostic de kératite interstitielle se fait en regardant la cornée, en la regardant de près, et en constatant l'existence d'un trouble interstitiel joint à l'intégrité de l'épithélium. (Fig. 1, B.)

Plus important est le diagnostic étiologique. En règle générale, la kératite interstitielle est un signe de *syphilis*. C'est un des signes les plus sûrs de l'infection syphilitiques. La constatation d'une kératite interstitielle telle que nous venons de la décrire permet d'affirmer l'existence d'une infection syphilitique héréditaire ou acquise.

Souvent, d'ailleurs, on trouve, avec la kératite, d'autres signes de spécificité. Il s'agit le plus souvent d'un enfant présentant des déformations de la face et du crâne (mâchoire supérieure aplatie, nez déprimé à la base, souvent épaté, bosses frontales proéminentes) ; des altérations des fosses nasales (ozène) ; oblitérations des voies lacrymales. Les dents sont déformées (dents de Hutchinson) ; on voit des cicatrices aux commissures de la bouche (rhagades), dans la bouche, sur le pharynx, le voile du palais, la voûte palatine. Sur le cou on perçoit à la vue et à la palpation un grand nombre de ganglions lymphatiques, petits, durs et indolores. La surdité est fréquente. Il existe ou il a existé des gonflements périostiques sur les os longs ; des arthrites presque toujours considérées, au grand dommage de l'enfant, comme des arthrites tuberculeuses. Les commémoratifs souvent très précis permettent de constater une grande mortalité parmi les frères et sœurs, ou l'existence de nombreuses fausses couches.

En réalité, la kératite interstitielle n'est pas, dans la plupart des cas, le seul symptôme de syphilis héréditaire ; même isolée elle constitue un signe de spécificité héréditaire ou acquise de la plus grande valeur.

Si vous vous trouvez en présence d'une infiltration interstitielle de la cornée, déviant du type précédent, vous devez néanmoins penser aux autres causes très rares de kératite interstitielle, tuberculose, lèpre et quelques autres affections dont le rôle étiologique est si mal établi qu'il vaut mieux ne pas les nommer.

Traitement :

1° Traitement général mercuriel, par des injections de sels mercuriels solubles, de calomel ou d'huile grise, continuées jusqu'à la guérison.

Il faut ensuite continuer à traiter la syphilis pour éviter es récidives.

2° Traitement local :

Des verres fumés pour atténuer ou éviter la photophobie ;

De la pommade au précipité jaune d'hydrargyre à 2 pour 100 une fois par jour ;

Des lotions chaudes ou l'application de compresses chaudes en cas de réaction vive.

Enfin, l'iris étant souvent touché au cours des kératites interstitielles, il faut prévenir les adhérences ou synéchies en dilatant la pupille au moyen d'une instillation journalière d'un collyre d'atropine à 1/2 pour 100.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 19 janvier 1909.

Le sérum antituberculeux de Marmorek. — M. *Ch. Monod* attire l'attention de l'Académie sur les résultats heureux donnés par le sérum de Marmorek dans des cas nombreux de tuberculose médicale ou chirurgicale. Ces résultats sont consignés dans un grand nombre de travaux publiés plus particulièrement à l'étranger. Ils concernent toutes sortes de manifestations tuberculeuses allant des formes légères aux formes graves. 65 pour 100 des tuberculoses médicales, 72 pour 100 des tuberculoses chirurgicales auraient été favorablement influencés.

Le sérum est administré soit par voie sous-cutanée, soit par voie rectale. Son emploi est d'une innocuité absolue. Il serait donc à souhaiter qu'on l'expérimentât plus largement en France.

Sur l'emploi des produits arsenicaux en agriculture. — M. *Linossier* n'est pas partisan de l'interdiction absolue des arsenicaux. Qu'on supprime les produits solubles, qu'on autorise les produits colorés. Les méprises ne seront guère possibles.

M. *A. Gautier* met les intérêts de la santé publique au-dessus des intérêts agricoles. Il est partisan, comme M. Moureu, rapporteur de la Commission nommée par l'Académie, de l'interdiction sans restriction.

M. *Lucas-Championnière* ne croit pas possible l'interdiction des arsenicaux, qui demeurent les seuls insecticides vraiment actifs ; qu'on en limite l'emploi ; qu'on prévienne les méprises par de sages institutions, voilà à quoi doit tendre l'intervention de l'Académie.

M. *Hanriot* est partisan de la prohibition absolue. Les arsenicaux insolubles qui, de l'avis de M. Linossier, pourraient être autorisés, sont plus dangereux encore que les arsenicaux solubles, puisque la pluie ne peut les dissoudre.

M. *Cazeneuve* fait remarquer que si les accidents d'intoxication relatés sont encore peu nombreux, cela vient de ce qu'en France l'usage des produits arsenicaux ne s'est vraiment développé qu'en ces tout derniers temps. En Algérie, où l'usage en est plus large, les cas d'intoxication sont très nombreux. Lui aussi est partisan de l'interdiction absolue.

Election. — Sont nommés correspondants nationaux ; M. *Lambling* (de Lille) ; M. *Gilbert* (de Moulins).

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier 1909.

Plaies pénétrantes de poitrine. — M. *Auvray.* — J'apporte 3 observations de plaies de poitrine par balle, traitées opératoirement. La première m'est personnelle. Je fus conduit à l'intervention par un emphysème énorme et surtout par l'écoulement persistant de sang par l'orifice cutané de la balle. J'agrandis au niveau de cet orifice, reséquai la 3e cote et pus ainsi amener aisément le poumon, sur lequel je trouvai une plaie en gouttière dont la forme me fit penser qu'il n'y avait pas d'orifice de sortie. Il y en avait un cependant, car malgré la suture et l'arrêt de l'hémorrhagie au niveau de la première plaie, la malade continua à saigner et mourut le 2e jour.

Les deux autres observations sont dues au Dr François. Dans le 1er cas, ce qui amena l'intervention, ce fut la gravité progressivement croissante des accidents. La plaie (par balle) siégeait

dans le 1er espace. Il réséqua la 2e cote, amena le poumon, l'explora et ne trouva que l'orifice d'entrée. Après des accidents de pleurésie purulente, la malade finit par guérir. Malgré la recherche négative, il y avait certainement un orifice de sortie, car on retrouva plus tard la balle sous la peau dans la région scapulaire postérieure.

Dans le 2e cas, l'état de la malade était si grave que l'anesthésie fut inutile. F. réséqua la 2e et 3e côtes, mais des adhérences pleurales du sommet empêchèrent l'exploration par la vue. La malade succomba.

Je crois que l'intervention dans les plaies pénétrantes de poitrine reste une méthode d'exception, et en principe il vaut mieux attendre. Si cependant l'intervention est jugée nécessaire il faut intervenir simplement : les larges résections costales sont inutiles et il serait même, semble-t-il, préférable de faire un volet. Il faut explorer soigneusement le poumon dans toute son étendue par la vue et le doigt. Malgré cette précaution il est des plaies qui peuvent passer inaperçues.

Contusion de l'abomen. — M. *Walther* présente un rapport sur une observation de contusion de l'abdomen. La laparotomie permit de constater une déchirure de l'épiploon, une plaie de l'estomac et enfin une déchirure de la rate, qui, énorme et très friable, fut enlevée. On put ultérieurement constater qu'on était en présence d'une hypertrophie splénique d'origine paludéenne. M. W. conseille en pareil cas d'employer l'éther plutôt que le chloroforme comme agent d'anesthésie.

Epilepsie symptomatique d'appendicite, — M. *Villemin* présente un rapport sur une observation du Dr Dieulaté (Bordeaux) ayant trait à un sujet qui fut pris, au cours de son service militaire, de crises d'épilepsie qui amenèrent sa mise en réforme. Il présenta plus tard des signes d'appendicite. L'opération fut pratiquée et aussitôt après il eut à nouveau une crise d'épilepsie. Quelques jours après, il en eut une nouvelle. Mais depuis lors les crises ont complètement disparu.

On peut rapprocher ce cas de ceux dans lesquels on a signalé des troubles nerveux divers qui ont disparu après l'appendicectomie. M. Glantenay a déjà signalé un cas de crises convulsives simulant l'épilepsie.

M. *Lucas-Championnière* regrette que l'observation ne soit pas plus complète et fait des réserves sur la réalité de ces crises comitiales.

M. *Picqué*. — Si même on admet qu'il s'agit bien d'épilepsie, il faudrait aussi savoir s'il y avait ou non une aura, si celle-ci partait du point malade, quels étaient les antécédents névropathiques du sujet, etc.

Présentation de malades. — M. *Monod* présente un homme qui reçut un coup de masse sur la tête et qui au bout de quelque temps, ayant repris son travail, s'aperçut que lorsqu'il se baissait il reprenait difficilement son équilibre. En même temps il commençait à entendre comme un bruit de roucoulement persistant. A l'auscultation du crâne, il présente en effet un bruit de rouet qui semble indiquer l'existence d'un anévrisme artério-scléreux et d'une communication entre le sinus caverneux et la carotide.

M. *Delens* fait observer que la lésion semble être à son début, car on entend un bruit continu sans renforcement, et seulement perceptible à la région temporale.

Au cours de la séance, MM. Brin, Robert Picqué, Gaudier, ont été élus membres correspondants de la Société.

MM. Rydygier et Durante ont été élus membres associés étrangers.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 janvier.

Valeur pronostique de la leucocytose dans les néphrites. — MM. *Rénon* et *Moncany*. La leucocytose, phénomène constant dans les néphrites aiguës ou chroniques, accompagne l'albuminurie, disparaît souvent en même temps qu'elle, mais n'est pas proportionnelle à l'abondance de l'albumine, ni au degré de rétention chlorurée ; il semble qu'elle soit moins constante dans les néphrites avec œdèmes. Elle est, par contre, d'autant plus abondante que la maladie est plus grave, surtout dans les néphrites chroniques. La leucocytose paraît donc avoir une réelle valeur pronostique permettant de prévoir l'intensité du processus d'autointoxication qui l'a fait naître.

Infection méningée sans méningite. — MM. *Ménétrier* et *Nollet* ont observé un malade atteint de bronchopneumonie, qui présenta un syndrome méningitique très net, dont le liquide céphalorachidien ne contenait presque pas de leucocytes à côté de nombreux bacilles identifiés à l'entérocoque. A l'autopsie, pas de lésions macroscopiques ni microscopiques de méningite; on retrouva des bacilles analogues à ceux recueillis par la ponction au niveau des centres encéphaliques et médullaires. La réaction organique a fait défaut, du fait de l'âge avancé et de la débilité du malade, qu'on a trouvé porteur de nombreuses lésions viscérales.

M. *Hayem* rappelle avoir rapporté en 1864 l'observation d'un malade atteint d'érysipèle, et mort de méningite, dans le liquide céphalorachidien duquel on ne trouva pas de leucocytes, mais des cultures pures de streptocoque.

Tuberculose et maladie de Hanot. — M. *Géraudel*. La tuberculose détermine parfois une véritable cirrhose hyperplasique, qui gêne le débit sanguin transhépatique et l'écoulement de la bile, d'où ictère. Cette hyperplasie hépatique est accompagnée d'une hyperplasie scléreuse de toutes les glandes, rate, rein, pancréas, surrénales. En isolant dans ce processus polyviscéral le syndrome de cirrhose hépatique avec splénomégalie et ictère, on a la maladie de Hanot, qui semble appartenir avec une prédominance marquée aux individus peu âgés.

Intoxication oxycarbonée. — M. *Hirtz*, à propos de l'observation de MM. Legry et Duvoir, rapporte une observation, d'une femme, 40 ans, empoisonnée par le gaz d'éclairage, amenée dans son service dans le coma, pouls à 68 ; T, 15 1/2, urine sans albumine, ni sucre, sans réaction méningée du liquide céphalorachidien Guérison. Donc réaction médullaire type, sans réaction méningée.

Leucémie nygélogène aiguë hémorrhagique. — MM. *Fiessinger* et *P.-L. Marie* rapportent l'observation d'une malade qui présenta des hémorrhagies intestinales répétées pendant trois mois avec hématuries et hémorrhagies gingivales, mort dans l'anémie profonde. Hypertrophie de la rate et légère adenite cervicale. Culture du sang négative, fragilité globulaire marquée, anémie et leucocytose intenses. L'état de la moelle et des ganglions confirme l'opinion d'Aubertin sur l'origine médullaire de la leucémie aiguë. Les hémorrhagies étaient dues à des ruptures vasculaires, provoquées suivant les auteurs, par l'action digestive exercée par les leucocytes des lymphomes sur les vaisseaux sous-muqueux.

Lésions congénitales multiples du cœur. — MM. *Gaudy* et *Brulé* montrent le cœur d'un jeune homme, chez lequel durant la vie, on avait constaté un souffle et un frémissement systoliques très intenses, étendus à la région précordiale avec maximun d'intensité dans le 3e espace intercostal. A l'autopsie on trouva de multiples lésions cardiaques : rétrécissement de l'infundibulum pulmonaire, persistance du trou de Botal, sténose aortique avec dilatation hypertrophique du ventricule gauche. Toutes ces lésions congénitales sont le résultat d'une endocardite chronique qui, partie du cœur droit, a envahi par le trou de Botal le cœur gauche.

Exostoses ostéogéniques familiales. — MM. *Carnot* et *Bonniot* présentent deux frères, 24 et 28 ans, avec exostoses ostéogéniques multiples, notamment autour des articulations.

Un autre frère, le père et la grand'mère ont eu également des exostoses.

La forme des exostoses est variée, comme l'ont montré les radiographies. Chez l'un de ces malades quelques exostoses ont rétrocédé. A noter aussi l'épaississement de certains os longs (fémur, humérus) au voisinage des articulations.

Erythème noueux et tuberculose. — MM. *Chauffard* et *Troisier* ont fait sur ce sujet une intéressante communication, en mettant en comparaison la réaction hypodermique des injections de tuberculine avec les signes physiques et généraux que présente l'érythème noueux.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Malades traités par la fulguration. — (Présentation de malades). — M. *Juge* (de Marseille) présente une série de malades atteints de cancers graves qu'il a traités avec succès par la méthode de fulguration.

Tous ces malades ont subi une exérèse *très parcimonieuse*, suivie de fulguration et ont guéri rapidement. Actuellement, leurs cicatrices sont parfaites.

Parmi ces malades, il en est un qui, porteur d'un véritable collier cancéreux autour de la bouche, trois fois récidivé après opération chirurgicale, se trouve actuellement en pleine voie de cicatrisation et son état général est excellent. Les douleurs, qui étaient atroces, ont complètement disparu.

Renouvellement des tissus, rajeunissement des fonctions. — M. *Lombard*. — La cure du docteur Guelpa est une cure *naturiste* et d élimination ; la purgation est utile dans nombre de maladies chroniques ou aiguës, elle n'est jamais insuffisante, parce que l'élimination se fait toujours par les urines ou les fèces. Elle est surtout analogue a une injection saline. Quant au jeûne, il est utile en raison de la leucocytose qu'on observe dans les maladies, et les leucocytes se chargent des produits toxiques endogènes ou exogènes.

M. *Louis Régis*. — La cure du docteur Guelpa, appuyée sur des faits scientifiquement contrôlés, rend au jeûne et à la purgation la place qu'ils méritaient en thérapeutique générale, elle démontre la nécessité absolue de réagir contre l'idée de la purgation danger social.

M. *Godlewski*, quoique partisan du principe de la méthode du Dr Guelpa, rappelle l'état des malades atteints de fièvre typhoïde qui, autrefois, étaient soumis à une privation d'aliments pendant toute la maladie.

Réduits à l'état de squelette, ils avaient une convalescence longue et dangereuse. Dans les maladies chroniques, la désintoxication par les purgations et le régime lacto-végétarien produit des effets analogues à ceux qu'a observés M. Guelpa, et est généralement mieux acceptée que la privation absolue d'aliments.

Tables et maisons de régime. — M. *Joly* (Bagnoles-de-l'Orne). — Le régime alimentaire est le complément indispensable de la cure thermale. Le médecin doit, pour chaque cas particulier, ordonner le régime comme il ordonne le traitement thermal. Il faut que dans les stations, le régime d'exception spécial soit celui qui n'est pas thérapeutique.

MM. *Maurice Faure* et *Marcel Labbé* présentent des conclusions sur l'organisation des tables et maisons de régime dont il résulte que les médecins d'aujourd'hui ne doivent plus se contenter de formuler des régimes alimentaires, ils doivent veiller à leur application et avoir à leur disposition l'outillage nécessaire pour assurer cette application.

M. *Mazeran* rapporteur de la question des régimes, avant de présenter les conclusions, tient a remercier le Dr Ch. Leroux, protagoniste de la discussion qui a eu son retentissement non seulement en France, mais à l'étranger. Puis, d'accord avec les docteurs Marcel Labbé et Maurice Faure, il dépose ses conclusions.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du « Pyroléol » dans le pansement des plaies contuses ;

Par le Dr Lucien Plisson
Médecin-major de 1re classe.

Les bons résultats que donne le pyroléol dans le traitement des brûlures, résultats confirmés par de nombreuses publications, dont une personnelle, nous a conduit à expérimenter ce produit dans toutes sortes d'affections où la peau offrait une solution de continuité (plaies de toute nature, septiques ou non, trophiques, etc.).

Les bons résultats qu'il donne dans le pansement des excoriations diverses, dans le pansement des plaies fistuleuses, des gerçures du sein, ont déjà été relatés dans de nombreuses observations de Bloch, Delagenière (du Mans), Cotte (de Lyon), etc.

En présence de ces faits, nous avons pensé qu'il était peut-être possible d'élargir encore le champ de l'expérimentation et nous avons essayé le pansement au pyroléol dans un assez grand nombre d'affections. Si, en ce qui concerne les affections cutanées d'origine microbienne, il n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait en attendre ; par contre, il a paru être le pansement de choix dans deux ordres de lésions, les ulcères trophiques et les plaies contuses. Nous nous occuperons ici seulement des dernières, nous réservant de faire connaître les résultats que nous avons obtenus dans le pansement de plaies ulcéreuses trophiques dans un autre article.

On sait que les plaies contuses de toute nature sont, en raison même de leurs caractères, très facilement infectables et ne guérissent que par des processus de réparation toujours très lents et toujours sous la menace d'une réinfection nouvelle.

En ce qui concerne particulièrement les plaies contuses des extrémités avec lésions osseuses, il n'est pas besoin de rappeler qu'avant l'ère antiseptique, l'amputation précoce restait la seule chance de salut pour le blessé.

Aujourd'hui, grâce à la méthode conservatrice à outrance, vantée et mise en œuvre par Reclus, on arrive à sauver des parties de membres ou des membres entiers qui paraissaient primitivement réservés au couteau du chirurgien.

Et, c'est grâce à une désinfection rigoureuse suivie d'un « embaumement soigné » qu'on est arrivé à ces heureux résultats.

Le pyroléol, quoique légèrement antiseptique, ne peut être considéré comme un désinfectant Il doit être exclusivement réservé au pansement des plaies et pas à autre chose. Toute autre façon de le considérer pourrait amener à lui refuser des propriétés qu'il n'a pas la prétention de possédér, et à faire méconnaître ses propriétés réelles de cicatrisation rapide et régulière, que nous lui avons toujours trouvées à un plus haut degré qu'à tous les produits ordinairement employés jusqu'à ce jour. Ceci, pour dire que toute application de pyroléol sur une plaie et sur une plaie infectée en particulier, doit être précédée de toutes les manœuvres d'asepsie et d'antisepsie ordinairement employées dans le pansement de ces sortes de solutions de continuité. En présence d'une plaie contuse anfractueuse, il y a donc deux temps bien distincts dans le pansement. Le 1er, qui sera la désinfection et la préparation de la plaie ; le 2e, qui sera l'application du pansement nécessaire à l'embaumement de la partie contuse ; embaumement qui lui permettra de réparer et de refaire les tissus contrits à l'abri de toute souillure extérieure, dans un milieu non irritant, légèrement antiseptique, absolument aseptique et possédant des propriétés cicatrisantes non douteuses. Toutes ces conditions semblent réalisées dans l'emploi du pyroléol.

Que vaut-il par rapport aux autres modes de pansement employés jusqu'à ce jour ? La pommade polyantiseptique de Reclus a remplacé heureusement le bourrage à l'iodoforme, qui présentait des inconvénients de toxicité, sans présenter des garanties bien sûres d'antisepsie. La pommade de Championnière tend à parer à certains inconvénients de celle de Reclus.

Pratiquement, la pommade de Reclus n'est pas préparée aseptiquement — il est vrai de dire qu'elle est antiseptique — mais le même argument ne peut s'appliquer à celle de Lucas-Championnière, qui, ne possédant pas de principes antiseptiques énergiques, n'aurait pour elle qu'une asepsie qu'il paraît difficile de toujours assurer dans la pratique courante.

L'emploi du pyroléol semble éviter ce double inconvénient en présentant d une part une innocuité absolue vis-à-vis des tissus (expériences physiologiques — Emploi dans les brûlures) et d'autre part, son mode de préparation en fait un produit aseptique à l abri de tout reproche. Si l'on joint ses propriétés spéciales relatées par le professeur Berger, dans la thèse de Michaut, et par nous-même (*Caducée*, no 21 mars 1908 : De l'emploi du Pyroléol dans le traitement des brûlures), nous croyons qu'il semble résumer toutes les qualités que le clinicien demande au pansement à appliquer aux plaies contuses.

Les cas où nous l'avons employé dans ces conditions sont très nombreux, entre autres, dans les deux cas suivants :

1° L..., cavalier au 11e régiment de hussards, curait le pied

d'un cheval quand celui-ci, effrayé, fit une glissade sur le pavé. En se rattrapant, il pose le bord coupant du fer d'un pied de derrière sur le doigt indicateur gauche du cavalier. Il en résulte une plaie contuse ayant les caracteres suivants : L'ongle est complètement arraché et ne tient plus que par un lambeau épidermique. L'articulation de la troisième phalange est ouverte et le bout du doigt ne tient plus que par un lambeau palmaire et par l'insertion de son tendon. Sur chaque face latérale du doigt, sur toute sa longueur existent deux déchirures au ras de l'os, qui font que le doigt paraît dédoublé dans son épaisseur. Le tendon, avec sa gaine digitale, qui paraît intacte, est à la fois séparé de l'os et des parties molles sur la plus grande partie de son étendue. Inutile d'ajouter que la plaie est à bords très déchiquetés et remplie de caillots mélangés à de la terre et à du fumier.

En somme, plaie contuse très déchiquetée, avec ouverture d'une articulation, le tout très infecté. L'aspect de la plaie paraît tel que nous nous croyons autorisé à avertir le malade de la possibilité d'une amputation partielle au cas de non réussite du traitement conservateur.

Toute la main est vigoureusement brossée, lavée au savon, à l'alcool, à l'éther. La plaie est elle-même détergée sous un filet d'eau très chaude. La toilette terminée, la main est plongée tout entière dans un bain d'eau oxygénée à 12 volumes. Quand la détersion nous semble bien assurée, nous appliquons un pansement légèrement compressif avec de la gaze fortement imprégnée de pyroléol. Injection antitétanique.

Le blessé souffre un peu pendant les premières heures, mais, dès le soir, il déclare ne plus rien sentir. L'absence de fièvre et de réaction douloureuse nous permettent de laisser le pansement en place pendant 4 jours. A sa levée, il n'y a pas de trace d'infection. Les plaies latérales sont en voie de recollement ; l'os paraît légèrement gonflé.

Les pansements au pyroléol sont renouvelés tous les deux jours, et, trois semaines après, toutes les plaies sont fermées, laissant une cicatrice presque linéaire. Seule, la troisième phalange est immobilisée en légère flexion, mais les massages et les mouvements journaliers ramènent la mobilité dans le doigt.

2° La seconde observation se rapporte à un cas de fracture des deux os de la jambe, avec issue du fragment péronier et infection par de la terre et du fumier. Même resultat excellent ; pas d'infection, cicatrisation très rapide, guérison sans incident.

Nombreux sont les autres cas où nous avons eu des résultats identiques. Nous relatons seulement ces deux observations types, parce que l'une se rapporte à une plaie contuse des extrémités avec gros délabrement des parties molles, lésion articulaire, tendon à nu grave infection probable, et l'autre à la classique fracture ouverte.

En résumé, nous pensons qu'en présence d'une plaie contuse toujours infectée, la meilleure méthode à suivre est la suivante : Désinfection rigoureuse à distance de la peau ; détersion complète de la plaie à l'eau bouillie très chaude : désinfection à l'eau oxygénée ; pansement occlusif au pyroléol.

On voit, par ce qui précède, que la seule nouveauté introduite dans ce mode de pansement est la substitution du pansement au pyroléol au bourrage à la pommade antiseptique ; pansement qui paraît réaliser de meilleures conditions :

1° Parce que le pyroléol liquide pénètre de lui-même dans tous les interstices et toutes les anfractuosités de la plaie et qu'il ne nécessite pas un bourrage très soigné, long et douloureux.

2° Parce qu'il est absolument aseptique 3° Que sa faible qualité antiseptique est telle qu'il n'irrite pas les tissus. 4° Qu'il possède des propriétés analgésiantes non douteuses qui permettent la comparaison avec la pommade de Reclus. 5° Qu'enfin, les résultats cliniques qu'il nous a donnés ont paru excellents et dignes d'attirer l'attention, car le clinicien n'est jamais trop bien armé en face de lésions qui mettent le malade, sinon en danger de mort immédiate, mais tout au moins aux prises avec l'infection et les déformations et difformités secondaires qui résultent si souvent de la cicatrisation vicieuse des traumatismes compliqués.

FORMULAIRE OFFICINAL

CODEX 1908.

I. — Pommade boriquée.

Acide borique très finement pulvérisé.	10 grammes.
Vaseline........................	90 grammes.

F. s. a.

II. — Pommade antipsorique.

(Pommade d'Helmerich).

Soufre sublimé....................	10 grammes.
Carbonate neutre de potassium.......	5 grammes.
Eau distillée......................	5 grammes.
Huile d'œillette....................	5 grammes.
Axonge..........................	35 grammes.

F. s. a.

III. — Pommade belladonée.

Extrait de belladone...............	3 grammes.
Glycérine officinale................	2 grammes.
Axonge benzoïnée.................	25 grammes.

F. s. a.

ANALYSES

Les déchirures traumatiques du mésentère ;
Par ANDRÉ LABASTÉE. Thèse de Lyon, 1908.

Ces déchirures sont le résultat de traumatismes violents et s'accompagnent en général d'autres lésions viscérales.

Leur gravité varie avec leur étendue et leur siège. Elles sont plus graves au niveau des attaches vertébrales et intestinales.

Le tableau clinique est celui de l'hémorrhagie interne conduisant fatalement à la mort si l'on n'intervient rapidement ; en supposant même que le malade survive à son hémorragie, il est exposé au sphacèle intestinal et à la péritonite.

La laparotomie précoce est le traitement de choix.

Dr THÉBAULT.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'œil ; par ALBERT TERSON, ancien interne des Hôpitaux, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris. (1 vol. 400 pages 142 figures Librairie J.-B. Baillière et fils.)

Ce fascicule du nouveau Traité de clinique de MM. Le Dentu et Delbet est l'œuvre de M. Terson. Les médecins auxquels est destiné ce nouveau traité trouveront dans le fascicule d'ophtalmologie plus qu'il n'est nécessaire de connaître pour l'exercice de leur profession. Il faut bien reconnaître aussi que cet ouvrage ne s'adresse pas moins aux spécialistes.

L'auteur a pris soin de nous expliquer lui-même, en quelques lignes, le plan de son travail :

« Après avoir indiqué la *marche à suivre dans l'examen d'une affection oculaire*, exposé avec concision les procédés accessoires qui conduisent aujourd'hui plus sûrement à un bon résultat opératoire (*anesthésie, antisepsie, instrumentation choisie*), et établi les données de la thérapeutique oculaire, nous suivrons l'ordre anatomique. Un grand nombre d'affections *cornéennes* qui peuvent gagner l'intérieur de l'œil et le détruire n'ont d'autre origine que des lésions préexistantes de la *conjonctive*, des *voies lacrymales* et des *paupières*.

Il est donc logique d'étudier d'abord ces dernières surtout depuis ce que nous savons des processus de l'infection microbienne de l'œil. Nous consacrerons les chapitres suivants à la *sclérotique*, à *l'iris* et à la *choroïde* ; puis nous résumerons les maladies de la *rétine* et du *nerf optique*, celles des *milieux transparents, cristallin* et *corps vitré*. Enfin les *tumeurs intra-oculaires*, le *glaucome*, les *traumatismes du globe*, d'un intérêt si général seront traités avec les développements que nécessite leur importance clinique.

Les affections des *muscles de l'œil* et de *l'orbite*, confinées dans la loge périoculaire, constituent la dernière partie. P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fièvres typhoïdes sans lésions intestinales ;

Par MM. **E. SACQUÉPÉE**, professeur agrégé au Val-de-Grâce et **F. CHEVREL**, prof. suppléant à l'École de Rennes.

On a si longtemps considéré les lésions de l'intestin comme la signature de l'infection éberthienne, qu'aujourd'hui encore il semble à beaucoup presque paradoxal de parler de fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

Cependant, dès le début du siècle dernier, à l'époque où ces lésions représentaient un caractère essentiel et constant (Louis) de la maladie, on avait eu, dans quelques cas où le diagnostic semblait non douteux, la surprise de constater l'intégrité de l'intestin. Mais alors l'anatomie pathologique régnait souverainement, et ces trouvailles exceptionnelles restaient suspectes, même à leurs auteurs. Elles n'ont, du reste, à l'heure actuelle, qu'un intérêt purement historique.

Ces premières constatations manquaient, en effet, du contrôle indispensable que les méthodes biologiques sont venues fournir au diagnostic des maladies infectieuses en général. La découverte du bacille typhique, la pratique de l'hémoculture, du séro-diagnostic, la recherche des anticorps spécifiques ont singulièrement précisé l'étiologie des infections dites typhoïdes, et les auteurs n'ont pas manqué d'en tirer parti pour consolider leurs observations cliniques et anatomiques.

C'est en raison de cette précision et de cette facilité relative du diagnostic étiologique qu'on a vu s'accroître notablement, dans ces dernières années, le nombre des cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales. Tous d'ailleurs ne sont pas également probants, et nous verrons qu'à tout prendre, ils ont gardé le caractère exceptionnel que les anciens leur avaient reconnu.

Nous avons pu suivre et étudier deux faits de ce genre (1). Voici ces deux observations résumées :

Observation I.

P... Yvonne, âgée de 4 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Sainte-Eugénie, le 11 avril 1904, après quatre jours de malaises généraux avec fièvre.

A l'entrée, la malade présente une diarrhée profuse, de l'abattement et une température de 38°. Langue sèche ; abdomen un peu météorisé. Le foie et la rate sont normaux.

Le 17 avril, quelques taches rosées, discrètes, sont visibles sur l'abdomen. *L'hémoculture* faite le même jour *permet d'isoler le bacille d'Eberth.*

Du 18 au 21 avril, quelques signes de méningite : raideur de la nuque, contracture des membres inférieurs, signe de Kernig.

Le 21 avril, la malade meurt dans le coma, au 14e jour de sa maladie.

La température, de 38° à l'arrivée, est montée en 2 jours à 39° et s'y est maintenue jusqu'à l'avant-veille de la mort, jour où elle a commencé à descendre pour atteindre 37°2 le 21 avril.

Le *séro-diagnostic* pratiqué pendant la vie, *s'est montré positif à 1/200 pour le bacille d'Eberth,* négatif à 1 p. 50 pour le bactérium coli et les bacilles paratyphiques A et B.

Autopsie.— Congestion de l'encéphale. Liquide céphalo-rachidien normal. La rate et le foie, un peu ramollis, ne sont pas augmentés de volume. *L'intestin est congestionné, mais ne présente pas d'autre altération.* Les ganglions mésentériques sont congestionnés et hypertrophiés.

(1) Ces observations ont été suivies à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de M. le Profr Follet, à qui nous adressons nos bien vifs remerciements.

Des cultures faites avec le sang du cœur, le suc pulmonaire, la pulpe splénique, ont permis d'isoler le bacille d'Eberth.

Observation II

B... Maria, âgée de 3 ans 1/2. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Sainte-Eugénie, le 16 juillet 1904, au troisième jour d'un état fébrile alarmant.

Cette malade présente un intérêt particulier de ce fait que 4 autres membres de sa famille (le père, la mère et deux frères) sont en même temps à l'Hôtel-Dieu, pour fièvre typhoïde confirmée. Les recherches étiologiques ont fait supposer qu'il s'agit d'une infection familiale par ingestion d'eau de puits contaminée.

La malade présente une diarrhée très abondante et un grand abattement. La température est à 39°.

Le 20 juillet, sur l'abdomen, quelques taches roses apparaissent. La rate et le foie sont très augmentés de volume.

Le *séro-diagnostic* fait le 22 juillet *est positif à 1 p. 300 pour le bacille d'Eberth,* négatif à 1 p. 50 pour le bactérium coli et les bacilles paratyphiques A et B.

Mort le 23 juillet au 10e jour de la maladie.

Autopsie. — Congestion de l'encéphale, des poumons ; dégénérescence et tuméfaction considérable de la rate et du foie. Les ganglions mésentériques sont légèrement tuméfiés. *L'intestin est un peu congestionné, mais sans autre lésion.*

Comme dans le cas précédent, *les cultures faites avec le suc pulmonaire, le sang du cœur et la pulpe splénique* ont donné, à l'état de pureté, *le bacille d'Eberth.*

L'interprétation de semblables faits est singulièrement facilitée par ce que nous savons, à l'heure actuelle, de la souplesse infinie des lois biologiques et de leur docile adaptation aux multiples circonstances qui entourent les phénomènes. Il ne faut pas oublier, en effet, que les bactéries — et le bacille typhique ne fait pas exception, — sont douées d'une plasticité dont nous ne connaissons pas encore les limites, et que les cellules de l'organisme ne leur cèdent en rien à cet égard. C'est pourquoi — à priori — on ne peut être surpris que, sous l'influence de conditions qui restent à préciser, et dans des limites plus ou moins étendues suivant les cas, l'action des microbes sur l'économie et la réaction consécutive de l'organisme aboutissent à des résultats différents de ceux qu'enregistre habituellement l'observation. Dans la règle, l'infection eberthienne aboutit à la lésion de l'intestin ; exceptionnellement elle respecte ce viscère. On peut prévoir des exceptions analogues dans nombre de maladies infectieuses, chaque fois que les conditions de la lutte ou que les dispositions des parties adverses diffèrent tant soit peu de la normale.

En ce qui concerne spécialement la fièvre typhoïde, les faits publiés ne manquent pas puisque, après les premières observations de Banti (1), de Thue (2), de Chantemesse et Widal (3), de Vaillard et Vincent (4), de Charrin et Roger (5), etc., une cinquantaine de publications ont enrichi sur ce sujet la littérature médicale. Il convient toutefois de se demander si toutes méritent un égal crédit et si un assez grand nombre d'entre elles ne sont pas sujettes à revision.

Un point, en effet, est délicat dans de semblables observations, et c'est le point important, essentiel même, le diagnostic. Inutile, assurément, pour le sujet qui nous occupe, de discourir sur l'état de l'intestin au cours d'un état fébrile, si l'on n'est pas absolument certain de la nature éberthienne de l'infection.

(1) Banti.— *Riforma medica,* 1887.
(2) Thue. — *Jahresb. üb. die Fortsch.,* 1889.
(3) Chantemesse et Widal.— *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris,* 1890.
(4) Vaillard et Vincent. — *Ibid.,* 1890.
(5) Charrin et Roger. — *Ibid.,* 1891.

Or, on sait aujourd'hui que ce diagnostic, qui pouvait jadis passer pour l'un des plus simples, suivant les lois de l'observation clinique, est souvent plus malaisé qu'on ne l'imaginait. Le clinicien dépiste, en effet, les réactions les plus apparentes de l'organisme infecté, mais il s'arrête là. Le diagnostic étiologique lui échappe parfois. Et il doit d'autant plus rester dans l'incertitude de la cause que les récents procédés d'hémoculture ont montré que les états dits typhoïdes sont assez souvent le fait d'infections étrangères au bacille typhique : paratyphus, salmonelloses, tuberculose, colibacilloses, streptococcies, entérococcies, etc. Il se trouve d'ailleurs que ces infections, souvent méconnues par la clinique, sont à l'occasion sans affinité pour l'intestin.

Le diagnostic bactériologique apparaît donc comme le critérium indispensable dans l'étude des faits que nous nous proposons de passer en revue. Ce diagnostic repose évidemment sur la découverte du bacille typhique dans l'organisme. autant que possible pendant la vie, et sur l'étude des anticorps spécifiques, en particulier des agglutinines, qui occupent depuis les travaux de MM. Widal et Sicard un rôle si prépondérant.

On peut dire que ces difficultés de diagnostic étaient presque insurmontables avant la mise en pratique du séro-diagnostic de Widal. On n'avait alors d'autre ressource que la recherche du bacille. Or les techniques étaient fort imparfaites et lors même qu'elles aboutissaient à un résultat positif, nous sommes en droit aujourd'hui de suspecter l'identité des bacilles isolés. Les méthodes de différenciation entre le bacille d'Eberth et le bactérium coli étaient assez imprécises pour que la confusion fût possible entre ces deux organismes. Quant aux bacilles paratyphiques, si intéressants dans l'espèce — en raison surtout de l'intégrité habituelle de l'intestin au cours des infections paratyphoïdes, — ils étaient certainement confondus avec les précédents.

C'est pourquoi jusqu'en 1896 nous relevons peu de documents intéressants. Les observations de Charrin et Roger, de Chantemesse et Widal, de Vaillard et Vincent nous paraissaient seules devoir être retenues.

Celles de Du Cazal (1), de Guarnieri (2), intéressantes à plus d'un titre, présentent déjà moins de précision étiologique. Les cas de Bozzolo (3), de Kummer et Tavel (4), de Longuet (5), nous semblent peu probants ; de plus leurs malades ont guéri et l'état de l'intestin nous est inconnu. D'autres auteurs enfin, Thue, Banti (6), publient des observations dans lesquelles l'intestin est lésé d'une façon discrète mais réelle. Ces lésions les font évidemment sortir du cadre de notre étude.

A partir de 1896, la mise en pratique de la séro-réaction multiplie rapidement les publications concernant l'absence de lésions intestinales dans la fièvre typhoïde. Il ne faut pas s'attendre toutefois à ce que les faits postérieurs à cette date soient tous rigoureusement acceptables. L'épreuve de Widal, qui offre des facilités énormes de diagnostic, dissimule en effet un écueil. Elle n'a de signification précise que dans des conditions déterminées et en particulier à un taux suffisamment élevé. Il est actuellement démontré qu'un sérum humain normal ou prélevé chez des malades non atteints de fièvre typhoïde éberthienne, peut agglutiner le bacille typhique assez énergiquement, jusqu'à 1/50 et au-delà. Cette simple observation nous interdit de considérer comme indiscutables les faits basés sur un séro-diagnostic positif à 1/2 ou 1/20 qui constitue la seule base des observations de Bryant (1) et de quelques autres auteurs. Aussi peu probantes sont les observations de Chiari (2) qui arrête à 1/10 le titre de ses épreuves ; du reste, dans 4 de ses cas, il s'agit de tuberculose pulmonaire, non de fièvre typhoïde, et dans le cinquième, d'une pyohémie de nature indéterminée consécutive à une escharre de décubitus. Les deux cas de Picchi (3), l'un de ceux décrits par Beatty (4), ceux de Lartigan (5), ne sont pas plus démonstratifs. Nous trouvons encore quelques faits de diagnostic certain, dus à Silvestrini (6), Weichardt (7), mais où l'intestin est incontestablement lésé. Restent les cas de Bezançon et Philibert (8), de Legendre (9), de Sergent (10), qui ont trait à des dothiénentéries authentiques mais terminées par la guérison. Si vraisemblable que soit l'intégrité de l'intestin, le décours favorable de la maladie nous prive, heureusement pour les malades, du contrôle anatomique, base indispensable de notre étude. Au point de vue de la pathologie générale comme au point de vue clinique, ces observations gardent, cela va sans dire, tout leur intérêt, mais il ne nous est pas loisible de les utiliser dans un travail qui doit emprunter des arguments anatomiques indéniables.

En somme, pour les diverses raisons que nous venons d'énoncer, nous sommes obligés d'abandonner une trentaine d'observations malheureusement incomplètes par quelque côté de leur étude clinique, anatomique ou bactériologique. Nous retenons seulement, avec les nôtres, une quinzaine de cas de fièvre typhoïde certaine, rigoureusement observés et susceptibles de fournir matière à quelques réflexions. Ce sont les observations de Beatty, de Vaillard et Vincent, de Karlinski (11), de Kuhnan (12), de Guizetti (13), de Barjon et Lesieur (14), de Blumenthal (15), de Bruno (16), de Vincent (17), de Griffon (18), et nos deux observations personnelles.

*
* *

Il y a lieu d'insister tout d'abord sur le caractère vraiment exceptionnel de ces faits. Les autopsies de typhoïdiques sont malheureusement fréquentes, en raison de la dissémination universelle de la dothiénentérie et du rang encore élevé qu'elle occupe dans le groupe des maladies infectieuses, en dépit des mesures prophylactiques édictées contre elle. La lésion intestinale dans la fièvre typhoïde demeure donc la règle presque absolue et il n'est pas sans intérêt que sur ce point les progrès des recherches biologiques contribuent à corroborer l'opinion des anciens.

C'est aussi à ces nouvelles notions de biologie générale qu'on a demandé de fournir l'explication des faits

(1) Du Cazal. — *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1892.
(2) Guarnieri. — *Riv. gen. Ital. di clin. med.*, 1892.
(3) Bozzolo. — *Wien. med. Woch.*, 1890.
(4) Kummer et Tavel. — *Revue de chirurgie*, 1891.
(5) Longuet. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1896.
(6) Banti. — *Riforma medica*, sept., 1894.

(1) Bryant. — *British med. Journ.*, 1899.
(2) Chiari. — *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1897.
(3) Picchi. — *Lo sperimentale*, 1899.
(4) Beatty. — *British med. Journal*, 1897.
(5) Lartigan. — *New-York med. Journal*, LXX.
(6) Silvestrini. — *Septimane med. dello sperimentale*, 1897 et *Riforma med.*, 1897.
(7) Weichardt. — *Zeitsch. für hygiene und Infect.*, 1901.
(8) Bezançon et Philibert. — *Soc. méd. Hôp.*, Paris 1901.
(9) Legendre. — *Ibid.*
(10) Sergent. — *Ibid.*
(11) Karlinski. — *Wiener. Klin. Woch.*, 1891 et 1899.
(12) Kuhnan. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1894.
(13) Guizetti. — *Clinica medica Italiana*, 1900.
(14) Barjon et Lesieur. — *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 1901.
(15) Blumenthal. — *Deutsch. med. Woch.*, 1902.
(16) Bruno. — *Policlinico*, fasc. 23.
(17) Vincent. — *Annales de l'Inst. Pasteur*, 1893.
(18) Griffon. — *Bull. soc. anat.*, 1902.

qui vont à l'encontre de cette règle. C'est là un problème pathogénique très difficile à résoudre sitôt que l'on quitte le domaine des généralités pour fouiller le mécanisme intime et le détail des actes morbides. On a invoqué (Silvestrini, Barjon et Lesieur, etc.) l'action d'une fièvre typhoïde antérieure qui aurait en quelque sorte vacciné la muqueuse intestinale contre une atteinte ultérieure de la même maladie. Cette hypothèse, quoiqu'ingénieuse, n'a pas trouvé de crédit. Elle ne s'appuie, en effet, sur aucune preuve péremptoire et, d'ailleurs, dans la généralité des cas observés, il n'y a pas de fièvre typhoïde antérieure. Chantemesse et Widal ont, dès 1890, donné l'interprétation la plus plausible. Il s'agit là, disent-ils, de septicémies pures et simples. L'action du germe infectant se généralise d'emblée; l'infection brûle l'étape intestinale. Celle-ci représenterait la réaction locale qui peut faire défaut ici comme cela a été observé dans d'autres maladies infectieuses. On sait aujourd'hui, il est vrai, que dans la dothiénentérie habituelle, la présence du bacille typhique dans le sang précède généralement le début de l'évolution des lésions intestinales, puisqu'on la peut constater dès les premiers jours de la maladie. Mais, comme on l'a bien fait remarquer, il s'agit alors peut-être plutôt de bactériémie que de septicémie proprement dite, c'est-à-dire de la simple présence des germes dans le sang et non point de leur multiplication dans ce milieu. Il reste donc vraisemblable que, suivant la conception de Chantemesse et Widal, une septicémie proprement dite prime la lésion purement locale de l'intestin.

Les observations sont, du reste, assez suggestives à cet égard ; il suffit de les parcourir pour se convaincre que leurs principales caractéristiques sont : la prédominance des grands signes infectieux (adynamie, prostration, etc.), et la rapidité remarquable de l'évolution. Une seule fois, nous voyons la maladie dépasser un mois de durée (Kuhnau). Le malade de Bruno meurt le 30e jour; celui de Barjon et Lesieur, le 27e jour. Mais tous les autres succombent avant le 21e jour : au sixième (Beatty), au onzième (Vaillard et Vincent), au douzième (Vincent), au seizième (Guizetti), au dix-septième et au dix-huitième (Karlinski), au vingtième (Blumenthal), au vingt-et-unième (Karlinski). Nos deux petites malades sont mortes l'une au dixième jour, l'autre au quatorzième.

Ces remarques confirment donc pleinement l'hypothèse de Chantemesse et Widal. Cette hypothèse rend compte de l'anomalie d'évolution clinique ; resterait à expliquer pourquoi cette prédominance des phénomènes septicémiques. Une semblable question ne peut encore recevoir de réponse définitive. On a bien invoqué la possibilité d'une porte d'entrée anormale pour l'agent pathogène. Cela n'est pas prouvé et reste peu probable. Si, à la lecture des observations, nous trouvons que l'intestin est intact, il n'en est pas toujours de même des ganglions mésentériques qui peuvent être altérés, tuméfiés, diffluents. Dans leur parenchyme, dans les sinus, on colore des bacilles typhiques ; on en extrait des cultures pures. Tout cela ne tend-il pas à prouver que le bacille a pénétré, suivant son habitude, par l'intestin ?

Il paraît plus simple de demander soit à des qualités spéciales du virus, soit aux conditions de réceptivité du terrain la réponse au problème soulevé. M. Netter a fait observer, avec juste raison, qu'un bon nombre, et peut-être la majorité des « infections typhoïdes » sans lésions intestinales sont peut-être en réalité des infections paratyphoïdes ; hypothèse d'autant plus vraisemblable que les deux maladies, fièvre typhoïde et fièvre paratyphoïde, et leurs agents pathogènes respectifs, présentent de singulières analogies, et que d'un autre côté les bacilles paratyphiques laissent volontiers l'intestin indemne. Il reste cependant un certain nombre de cas dans lesquels on a bien eu affaire au bacille d'Eberth authentique : pour ces derniers, la question pathogénique reste entière. Ces bacilles typhiques ne sont-ils point doués de qualités spéciales, d'affinité, de virulence qui pourraient expliquer leur dissémination rapide dans l'économie? ou bien un état préalable de l'intestin s'oppose-t-il à la végétation du bacille dans la muqueuse ? Nous ne possédons sur ce point aucun renseignement utile.

Quant au terrain, il ne semble pas non plus présenter de particularités bien évidentes. Il s'agit le plus souvent, comme c'est la règle dans la fièvre typhoïde, de sujets jeunes. Sur 17 malades, nous en trouvons 12 au-dessous de 25 ans ; 5 dépassent cette limite et parmi ceux-ci, 2 seulement atteignent 50 ans. Nous devons toutefois insister sur la proportion élevée des enfants en bas-âge. Les petites malades que nous avons suivies avaient l'une trois ans et demi. l'autre 4 ans. L'une des observations de Guizetti a trait à un enfant de 3 ans. Il semble donc que l'enfant en bas-âge ne réagisse pas comme l'adulte à l'infection typhoïdique. Son intestin paraît moins disposé, en tout cas, que celui de l'adulte, à l'évolution des lésions ulcéreuses. On sait, du reste, dans le même ordre d'idées, que le fœtus infecté par le bacille d'Eberth est presque toujours indemne de lésions intestinales. M. Chantemesse a contribué à établir cette notion, confirmée par les constatations identiques de Reher, Neuhauss et Eberth.

En résumé, malgré ces considérations, l'absence de lésions intestinales dans la fièvre typhoïde nous apparaît encore assez mystérieuse dans sa pathogénie et son étiologie. Nous ne sommes éclairés sur ce point que par des idées générales qui précisent le problème et en délimitent les termes, mais sans pouvoir attribuer à chacun de ceux-ci la part d'influence qui lui appartient. Des recherches ultérieures sont seules susceptibles de faire cesser cette obscurité.

Au point de vue de l'aspect clinique, ces cas anatomiquement atypiques d'infection éberthienne diffèrent peu de la fièvre typhoïde classique dans sa forme la plus grave ; leurs traits les plus saillants sont la tendance presque constante à l'adynamie et la rapidité de l'évolution.

Nous retrouvons le début insidieux et sa triade symptomatique comme : céphalée, insomnie, troubles gastro-intestinaux. Les trois cas de Karlinski, celui que nous rapportons dans notre deuxième observation s'écartent cependant de cette règle par la brusquerie des accidents initiaux. Mais le début brusque ne s'observe-t-il pas de temps à autre dans la fièvre typhoïde ordinaire ? Nous ne notons aussi qu'un seul épistaxis, dans le cas de Vaillard et Vincent. Dans la suite, la stupeur caractéristique et l'abattement ne font jamais défaut ; la rate est généralement grosse ; les taches rosées sont signalées dans la majorité des observations. Les urines sont presque toujours albumineuses. La courbe thermique est bien celle de la dothiénenthérie : stade d'ascension plus ou moins rapide, suivi du plateau caractéristique. Dans deux observations de Karlinski, dans celles de Bruno et de Vincent, on note seulement, vers le milieu de la maladie, une chute passagère de la température. Enfin,

✦

et c'est à dessein que nous insistons sur ce dernier point, les symptômes abdominaux proprement dits ne diffèrent pas de ce qu'ils sont généralement dans la fièvre typhoïde. Le météorisme, la diarrhée — parfois très intense — existent dans les 2/3 des cas. On peut donc observer, au cours de la dothiénentérie, le symptôme diarrhée sans que l'intestin soit sérieusement lésé. Cette constatation est importante, car elle ne consolide pas les déductions des auteurs qui se sont appuyés sur l'absence de symptômes abdominaux pour préjuger de l'état de l'intestin.

Cette étude clinique appelle une dernière remarque : il s'agit de la proportion élevée de complications de tout ordre que l'on constate à la lecture des observations. Les méninges sont fréquemment intéressées, soit qu'il s'agisse de méningite vraie (Vaillard et Vincent) ou de réactions méningées plus ou moins vives (obs. de Guizetti, de Bruno, notre obs. 1).

Le malade de Beatty a présenté de l'ictère et de l'hématurie ; les arthropathies dominaient la scène dans les cas de Barjon et Lesieur, à tel point que ces auteurs avaient dû poser le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et instituer un traitement en conséquence. Le malade de Blumenthal présenta des accidents pulmonaires graves et succomba à l'asphyxie. En présence de ces faits, on ne peut s'empêcher de penser, avec Vaillard et Vincent, que le bacille ne dédaigne l'intestin que pour appesantir plus lourdement son action sur d'autres organes, peut-être plus susceptibles ou moins résistants.

***

Ces quelques considérations peuvent se résumer ainsi : il existe des cas très rares où, à l'autopsie de fièvre typhoïdes avérées, on n'a pas rencontré les lésions habituelles de l'intestin. La raison de cette anomalie nous échappe à peu près entièrement, car, sauf sur des points de détail, les résultats de l'enquête étiologique et clinique ne s'écartent pas sensiblement de la généralité des faits.

Pouvons-nous, d'autre part, tirer de cette étude un renseignement susceptible d'éclairer le pronostic de la maladie ?

Nullement. Nous ne connaissons l'état de l'intestin que chez les typhiques qui ont succombé ; il nous reste tout à fait inconnu chez ceux qui guérissent, puisque les symptômes abdominaux ne reflètent point exactement l'état de l'intestin. Il semblerait toutefois, d'après les considérations précédentes, que les fièvres typhoïdes sans lésions intestinales dussent comporter, en raison de l'intensité de la septicémie, de la sidération rapide de l'économie et de la fréquence inusitée des complications de tout ordre, une gravité particulière. Mais, d'un autre côté, l'absence de lésions ulcéreuses intestinales met le malade à l'abri d'accidents redoutables : perforations, péritonites aiguës. Le problème du pronostic comporte donc, comme on le voit, deux éléments de sens opposé, et sa solution demeure, elle aussi, incertaine.

Un cas de charbon ;

Par M. Anselme SCHWARTZ
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

Les cas de charbon sont relativement rares. C'est ce qui nous a engagé à publier l'observation suivante, concernant une pustule maligne que nous avons suivie dans le service de notre maître le Professeur Reclus.

Bauc., Jean, garçon de cuisine, 44 ans, entre à l'hôpital le 4 novembre pour une tuméfaction de la région postéro-latérale gauche du cou.

Pendant 14 ans, il a exercé le métier de garçon de cuisine. Il y a 15 jours seulement il a quitté ce métier pour entrer chez un grainetier. Son travail consistait à porter sur son dos des sacs remplis de petits pois, reçus des environs de Paris.

Il y a huit jours, en portant comme d'habitude ses sacs, il est, dit-il, *piqué au cou par une petite araignée.* Deux jours après il constate, au siège de la piqûre, un bouton qui bientôt s'ouvre et devient douloureux. Le samedi 3 novembre, il existe une assez grosse tuméfaction. Le malade présente des frissons, et le lendemain 4 novembre il entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve sur le côté gauche du cou une tuméfaction, siégeant à environ trois travers de doigts au-dessous de la mastoïde et s'étendant en avant jusqu'à l'angle de la mâchoire, occupant une surface large comme le creux de la main. Les caractères de cette tuméfaction sont les suivants :

1° Au centre une partie *noirâtre* large comme une pièce d'un franc, *sphacélique.*

2° Autour de cette escarre centrale une *couronne de vésicules* de la grosseur d'une tête d'épingle et contenant un liquide jaunâtre. Ces vésicules sont nettement séparées les unes des autres et il n'en existe qu'un seul rang. C'est *le collier de perles classique.*

3° A la périphérie, la tuméfaction, est formée par une *auréole rougeâtre*, un peu violacée même, cette teinte se continuant insensiblement avec la coloration normale de la peau voisine.

Trois cobayes successivement inoculés meurent en 48 heures ; les cultures montrent la bactéridie charbonneuse.

Les phénomènes généraux sont peu marqués. La T. est à 37°3 le matin, à 38°7 le soir. Dès le premier jour, des injections de teinture d'iode sont faites autour de la tuméfaction. Le 7 novembre l'escarre s'est étendue. On ne trouve plus avec la même netteté la couronne de vésicules, ces dernières étant devenues confluentes, et de nouvelles vésicules s'étant formées, on pratique une nouvelle série d'injections.

Le 8 novembre l'état s'est aggravé. Localement, la tuméfaction s'est étendue sous le maxillaire. D'autre part le malade est abattu, somnolent, la T ne dépasse pas 38.5.

Nouvelles injections iodées en pleine tuméfaction. A partir du 9 novembre la tuméfaction diminue lentement, les vésicules s'affaissent, tandis que des points de sphacèle apparaissent au niveau des piqûres.

Des pansements à l'eau oxygénée achèvent la guérison de la lésion.

Cette pustule maligne présentait avec une netteté parfaite les caractères cliniques décrits dans les auteurs : *escharre centrale, couronne de vésicules, auréole inflammatoire.* Il faut même se demander si la douleur initiale attribuée par le malade à une piqûre d'araignée n'est pas la douleur brusque classique, *prise en général pour une piqûre d'insecte.*

Le traitement a consisté en injections de teinture d'iode dans la tuméfaction, à sa périphérie. Trois séries d'injection ont suffi pour amener la guérison.

Il est difficile de trouver, dans ce cas particulier, la source de l'infection ; il faut la chercher dans les sacs que le malade a portés sur son cou.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Table des Rois de France

Flânons un peu à travers l'histoire, en évoquant, au gré du souvenir, l'image gastronomique de certains de nos Rois, ne fût-ce que pour revoir comment les plus gourmands d'entre eux comprenaient l'hygiène de la table.

Tiens ! Voici un duc de Bourgogne ! C'est le fils de Philippe le Bon, CHARLES LE TÉMÉRAIRE. Son chroniqueur, Olivier de la Marche, nous rappelle qu'à son service étaient subordonnés six médecins. Et quand le duc était à table, « iceux médecins sont derrière le banc (1), et voyent de « quoy et de quels mets et viandes l'on sert le prince, et « conseillent à leur avis lesquelles viandes luy sont plus « profitables ».

Sous FRANÇOIS Ier et plus généralement à la faveur de la Renaissance, on peut saisir la différence entre la cuisine de cette époque et celle du celle du moyen-âge. Jadis c'était, sur les tables, le triomphe par trop monotone du porc et de la venaison. Avec la Renaissance, c'est l'invasion de la France par les cuisiniers italiens ; c'est la diversité de mets ; c'est l'essor de la pâtisserie ; ce sont les excès de table contre lesquels les édits royaux de CHARLES VI, de CHARLES IX et de LOUIS XIII essayent vainement de réagir. Les orgies de HENRI III font songer à celles d'Héliogabale. Au mariage du fils du Roi, le duc de Joyeuse, avec Marguerite de Lorraine, on festoya pendant 17 jours. En d'autres circonstances, il y eut chez Henri III des festins magnifiques en « un desquels la Royne-Mère « mangea tant qu'elle cuida crever et fust malade au dou- « ble de son desvoiement. On disait que c'était d'avoir « mangé trop de culs d'*artichaux* et de *crestes* et *rognons* « *de coqs* dont elle estait fort friande ». Cette même Catherine de Médicis qui « mangeait bien et se nourrissait bien » donna un banquet à Chenonceaux, où les dames « les plus belles et honnestesde la « cour estant à moitié « nues et aiant leurs cheveux épars comme espousées, fu- « rent employées à faire le service (2). Ajoutons que sous Henri III, la fourchette devint d'un usage plus répandu, bien que MONTAIGNE ne connut ni cuillère ni fourchette : « Je mords parfois mes doigts de hâtivité », écrit-il (3).

Et ce brave HENRI IV ! Il fut, lui, de meilleur exemple. Tant qu'il fut à court d'argent, il vécut d'expédients, dînant et soupant chez les uns et les autres, parce que ses fournisseurs lui coupaient parfois les vivres « Mes chemises « sont toutes déchirées, écrit-il à Sully (11 oct. 1597) ; « mes pourpoints troués au coude : ma marmite est sou- « vent renversée, et depuis deux jours je disne et soupe « chez les uns et les autres, mes pourvoyeurs disent n'a- « voir plus moyen de rien fournir pour ma table, d'autant « qu'il y a plus de 6 mois qu'ils n'ont reçu d'argent ».

Mais avec l'aisance vint le luxe, et son mariage avec Marie de Médicis fut l'occasion d'un festin des plus somptueux. Au demeurant, Henri IV était plutôt sobre. Il dépensait surtout en finesse, en gaieté, en éloquence, en jovialité rabelaisienne.

On dit qu'il raffolait des *sardines*, et qu'en 1596, atteint de fièvre quarte, il s'en guérit, contre l'avis de ses médecins, en mangeant force *huitres* et en buvant de l'*hypocras* (1). Le seul excès de table qu'on ait constaté chez lui fut une indigestion d'huîtres.

Il n'aimait pas plus la table que les femmes; pourtant il aimait à faire la cuisine, à larder, à préparer des confitures, des œufs perdus, des œufs pochés au beurre noir, des œufs durs au lard et les omelettes. Lui-même n'avait pas grand appétit, et peut-être faut-il rapporter à cette disposition plutôt qu'à l'intelligence ou à la vertu, les édits de Louis XIII en faveur de la tempérance.

Saluons le Roi-Soleil ! Ah ! celui-là dévorait ! S'il faut en croire la princesse Palatine, cette Charlotte de Bavière, qui, dans son exécration pour le café, comparait ce nectar à l'haleine de l'archevêque de Paris, LOUIS XIV avalait souvent en un repas : *quatre assiettes de soupes variées, un faisan, une perdrix, une grande assiette de salade, deux grandes tranches de jambon, du mouton au jus et à l'ail, une assiette de pâtisserie, des fruits et des œufs durs.* Ce fut donc un gourmand, pourvu d'un fort bon appétit, et qui n'en fit qu'à sa guise à l'égard de son médecin, que ce médecin fût Wallot (1642-1671), ou d'Aquin (1671-1693), ou Fagon (1693-1711). Ce dernier pourtant, initia le royal estomac aux charmes du vin de Bourgogne. Jusqu'à 20 ans, Louis XIV n'avait bu que de l'eau, puis de l'eau rougie, puis du Champagne. Mais Fagon fit préférer le Nuits au Champagne, parce que ce dernier vin « s'aigrit très aisément, ayant plus de tartre et moins d'esprit ».

Le grand Roi mangea longtemps avec ses doigts. Quand il gloutonnait seul, c'était toujours publiquement et majestueusement. Tous les plats étaient apportés solennellement et escortés de deux gardes du corps. Quant aux festins de gala, on en devine la somptuosité par celle des fêtes données à Versailles.

L'orfèvrerie de la Cour était d'une richesse incomparable. Ce fut l'époque des *surtouts* préparés par des cuisiniers fameux qui étaient les amis et les confidents des grands. Parmi eux émergeait le célèbre *Vatel*, maître d'hôtel du prince de Condé. On sait qu'il se suicida par orgueil professionnel, parce qu'à un dîner que le prince offrait à Louis XIV, à Chantilly, les poissons n'arrivaient pas. Madame de SÉVIGNÉ a d'ailleurs conté l'épisode en ces termes, dans une lettre à Madame de Grignan :

« Vendredi au soir, 24 avril 1671. J'avais dessein de vous conter que le roi arriva, hier au soir, à Chantilly : il courut un cerf au clair de la lune, les lanternes firent des merveilles, le feu d'artifice fut un peu effacé par la clarté de notre amie ; mais enfin, le soir, le souper, le jeu, tout alla à merveille. Le temps qu'il a fait aujourd'hui nous faisait espérer une suite digne d'un si agréable commencement. Mais voici ce que j'apprends en entrant ici, dont je ne puis me remettre, et qui fait que je ne sais plus ce que je vous mande : c'est qu'enfin Vatel, le grand Vatel, maître d'hôtel de M. Fouquet, qui l'était présentement de M. le

(1) Ce n'est que sous Henri III (1551-1589) que les bancs, sur lesquels on se mettait à table jusqu'alors, furent remplacés par des sièges à dossier.

(2) Pierre de LESTOILE. — *Journal de Henri III*, édition Michaud, t. XIII.

(3) *Essais*, livre III, chap. XIII.

(1) Sous Henri IV, on connaissait aussi comme boisson les vins épicés et aromatisés. Olivier de Serres conseille par exemple, de mêler au *vin*, de l'*iris*, du *souchet*, du *jonc odorant*, de la *casse*, du *poivre*, de la *muscade*, de la *graine de paradis*, du *labdanum*, du *styrax*, du *benjoin*, et même du *musc* et de la *civette*. (Bourdeau, *Histoire de l'alimentation*).

Prince, cet homme d'une capacité distinguée de toutes les autres, dont la bonne tête était capable de contenir tout le soin d'un Etat ; cet homme donc que je connaissais, voyant que ce matin, à 8 heures, la marée n'était pas arrivée, n'a pu soutenir l'affront dont il a cru qu'il allait être accablé, et en un mot, il s'est poignardé. Vous pouvez penser l'horrible désordre qu'un si terrible accident a causé dans cette fête. Songez que la marée est peut-être arrivée comme il expirait. C'est une chose fâcheuse à une tête de cinquante mille écus. »

Et pourtant, à une époque aussi brillante pour l'art culinaire, on ignorait jusqu'à l'excellent pain de nos jours. Les gens riches consommaient du pain de seigle, mêlé d'orge et de froment ; et d'après Fagon, « le roi mangeait le plus « mauvais pain du monde, plein de levure et de lait, très « propres, l'un et l'autre, à aigrir toutes les humeurs ». Aussi le pain que prônait Marie de Médicis fut-il délaissé, sans doute en faveur de ce produit perfectionné ou *pain mollet* qui se rapprochait davantage de notre pain actuel.

C'est en réalité sous la Régence et sous Louis XV que la cuisine française acquit cette délicatesse et ce bon goût qui lui firent une réputation universelle.... Au reste, arrêtons-nous ici.

Cornet.

CLIMATOTHÉRAPIE

Cure marine dans le rachitisme ;

Par le Docteur **Joseph GUYOT** (de Bordeaux),

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

I. — *Aperçu historique.* — Il est vraisemblable que la cure marine dans le rachitisme a des origines très anciennes, car si cette affection a surtout été bien étudiée a partir du XVIIe siècle, avec la description magistrale de Glisson, il paraît certain que le rachitisme existait dans l'antiquité, et d'après Stiebel on aurait retrouvé un bas-relief représentant le fabuliste Esope affecté des déformations caractéristiques du rachitisme. C'est, semble-t-il, un auteur anglais du nom de Russel qui le premier, en 1750, a conseillé d'envoyer les rachitiques au bord de la mer dans un livre intitulé : « The use of sea water ». Si les Anglais paraissent avoir les premiers fait bénéficier les rachitiques du traitement marin, les recherches bibliographiques nous ont montré que l'Italie a surtout été en tête de ce mouvement. Il semble même que dans ce pays, où les rachitiques sont nombreux, la lutte contre le rachitisme ait été mieux organisée et d'une façon plus précoce qu'en France. De véritables écoles de rachitiques furent créées a Turin par le docteur Gamba, a Milan par le docteur Pini (1). Simultanément, se créaient sur les bords de l'Adriatique et de la Méditerranée une série de colonies ou d'hôpitaux maritimes pour rachitiques. Bien avant 1853, l'hôpital des Enfants-Trouvés de Lucques envoyait les rachitiques à Viareggio pour y prendre les bains de mer. Mais c'est en 1852, à la Société médicale de Florence, que le professeur Joseph Barellaï sut exciter l'ardeur de ses collègues en faveur des enfants scrofuleux et rachitiques ; il insista sur l'utilité des bains de mer dans le traitement de ces états cachectiques (2). En 1853, on put envoyer un premier groupe de malades et en 1856 un hospice fut ouvert. Dans son aperçu historique sur les hospices maritimes (Congrès de Florence, 1869), le professeur Barellaï donne l'énumération et l'historique des seize hôpitaux marins existant à ce moment-là, parmi les premiers en date, nous trouvons :

Viarregio, 1856 ; Voltri, 1862 ; Fano, 1863 ; Livorno, 1864.... etc , etc.

L'éclosion en France, en 1862, des hôpitaux maritimes est connu : le docteur Bergeron (1) a fait l'historique et la description des bienfaits de Berck. Et, pour ne prendre que la plus ancienne de nos stations maritimes, il faut reconnaître qu'elle a été le point de départ de documents importants sur la cure marine du rachitisme.

C'est dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* de l'année 1876 que nous trouvons le premier document relatif au traitement maritime du rachitisme à Berck. Dans une lettre du docteur Perrochaud, que Marjolin utilisa dans une discussion mémorable, le célèbre médecin de Berck disait :

« Mon cher Marjolin, les résultats obtenus à Berck ne peuvent laisser aucun doute sur la possibilité du redressement spontané et progressif des jambes chez les rachitiques et les esprits les plus prévenus doivent se rendre à l'évidence. Le nombre de rachitiques envoyés à Berck depuis 1870 s'élève à 79; de plus nous avons eu traitement 23 enfants, ce qui donne un total de 102. Sur ce nombre, il y a eu 30 guérisons et 32 améliorations ; 6 ont succombé à des affections intercurrentes et 4 ont été renvoyés à Paris étant atteints de la teigne. La guérison des jeunes rachitiques envoyés au bord de la mer est la règle. Comme un des exemples les plus remarquables de l'influence du traitement, je vous signalerai le cas de Divaret (n° 57 des tableaux). Cet enfant, âgé de 2 ans 1/2, présentait une déformation si grande des membres inférieurs que les fémurs et les tibias formaient un cercle parfait; après un séjour de 12 mois, ce garçon fut renvoyé *complètement redressé.*

« Le traitement employé à Berck est le suivant : pendant l'été, deux bains de mer par jour, de 2 à 3 minutes ; après chaque bain, friction excitante et vin de quinquina ; l'hiver, un bain de mer chaud de 15 à 20 minutes tous les deux jours ; tous les soirs, 1 à 3 gr. de phosphate de chaux et immédiatement après *2 à 6 cuillerées à bouche d'eau de mer*.

Il nous a paru curieux de rappeler cette dernière indication d'ingestion d'eau de mer préconisée, dès 1876. Le grand clinicien de Berk ne nous semble-t-il pas un précurseur du sérum de Quinton ?

L'année suivante (1877), Perrochaud publiait un travail intitulé : « Le Rachitisme à Berk-sur-Mer »

Au mois de juillet 1878, le docteur de Piétra-Santa fait une conférence au Trocadéro sur les hospices maritimes et les écoles rachitiques.

En 1883, Cazin apporte à la tribune de la Société de Chirurgie le relevé fait par M. Baena, son interne, des cas de rachitisme soignés à Berk de 1875 à 1883. Il y a eu 276 enfants (133 filles, 143 garçons) dont 183 ont guéri ; 65 ont été notablement améliorés, 4 ont été réclamés, 2 stationnaires. 22 morts pour maladies intercurrentes, et il conclut : « L'eau de mer rend les plus grands services aux rachitiques ; sous son influence, les os se consolident et se redressent ».

Enfin, en 1891 parut la thèse inaugurale de René Cartier (2), intitulée : « Contribution à l'étude du rachitisme et en particulier de son traitement maritime. Résultats observés à Berk », où nous trouvons une statistique des malades soignés dans le cours de l'année 1888 et s'élevant à 81. Dans ce nombre il y a eu 37 guérisons, 11 améliorations ; 11 malades n'ont pas été modifiés, 18 ont été renvoyés avant la fin du traitement. 4 sont morts.

En additionnant les statistiques de Perrochaud, de Cazin et de Cartier, nous obtenons une statistique globale portant sur 476 rachitiques traités à Berk (de 1870 à 1891) avec 358 résultats favorables ; ce qui, en tenant

(1) Dr G Pini. — Gli Ospizi marini e le Scuole pei rachiti in Italia, 1877.

(2) Vallin. — Ecoles rachitiques et hôpitaux marins en Italie (*Revue d'Hygiène*, 188?.)

(1) Bergeron. — *Annales d'hygiène*, 1898.

(2) Cartier. — Thèse de Paris, 1891, n° 212.

compte des malades renvoyés ou morts de maladies intercurrentes, donne une proportion importante d'environ 80 % de malades ayant été guéris ou améliorés par ce traitement.

II.— *Comment agit la cure marine chez les rachitiques ?*

Laissant de côté les conceptions pathogéniques pourtant si attrayantes exposées récemment dans l'important travail de Spilmann (Nancy 1900) et reconnaissant que nous ne savons que des hypothèses sur la cause réelle du rachitisme, nous envisagerons le mode d'action de la cure marine chez le rachitique à deux points de vue :

1° Action sur l'état général ;

2° Action sur les os déformés.

Au point de vue de l'état général, on peut dire évidemment que le rachitique étant un intoxiqué (ce qui semble ressortir des travaux de Nobécourt) (1), l'air marin agira chez lui en facilitant l'élimination des toxines : la chose est bien possible ; mais, pour ma part, je ne connais pas de travaux scientifiques qui aient établi le fait. Sortant donc du domaine de l'hypothèse et lisant les observations publiées, un fait frappe surtout, c'est l'action rapide du séjour au bord de la mer sur le tube digestif. Le rachitique est un dyspeptique, il a la langue saburrale, le ventre globuleux, souvent des selles diarrhéiques; son tube digestif a perdu la *faculté d'assimilation*. C'est cette faculté que la cure marine va lui donner. « Au bout de quelques jours, dit Cazin, l'appétit s'éveille, ce qu'aucun médicament n'avait su et ne saurait produire; la digestion s'opère plus régulièrement et plus rapidement, on mange davantage et on digère mieux. Les diarrhées habituelles s'arrêtent ».

Voilà, à notre avis, le principal mécanisme d'action de l'air marin sur l'état général : c'est en remédiant aux lésions constantes de l'appareil digestif, qu'on les considère comme primitives ou secondaires, on ne saurait nier leur importance et, pour nous, on ne peut pas ne pas voir dans ces modifications une relation de cause à effet dans l'influence heureuse de la cure marine sur l'état « de misère physiologique » du rachitique.

Pour ce qui est du mode d'action sur les déformations osseuses, il est indispensable, pour en comprendre le mécanisme, de rejeter complètement une expression vicieuse qui se retrouve tout naturellement sur nos lèvres, c'est le mot : *redressement*. C'est, en effet, une erreur de dire et de croire que les courbures rachitiques se redressent et que ce redressement est la clef de la guérison. Si l'on veut apprécier le processus de réintégration des os rachitiques à une forme normale, il faut toujours s'en rapporter à l'explication d'Ollier, qui doit être bonne puisque, à notre connaissance, elle est la seule qui en ait été donnée. L'os rachitique dévié garde en grande partie sa déviation, mais se trouve englobé par une production d'os nouveau, produite dans les os longs, aux deux extrémités, par les cartilages de conjugaison, et au niveau de la diaphyse par le périoste. C'est cette poussée d'*os nouveau* qui fait disparaître l'os incurvé, qui le cache et redonne au squelette sa disposition normale.

La déviation rachitique ne peut donc être corrigée que d'une seule façon : *c'est par la croissance de l'os.*

C'est là, pour nous, le facteur le plus important et nous croyons que la cure marine agit en stimulant l'activité vitale des jeunes organismes, en donnant à ces enfants une poussée de croissance qui seule peut agir efficacement sur la disparition des déviations et des déformations rachitiques. C'est d'ailleurs vérité banale depuis longtemps que *tout rachitique qui grandit se redresse.*

La puberté, l'établissement des règles, paraît, chez la fillette, avoir une action heureuse sur le rachitisme, et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on dit « qu'une *fille se dénoue* » lorsque les règles apparaissent. Le traitement marin, en facilitant cette apparition, peut encore par ce mécanisme agir favorablement.

(1) Nobécourt. — *Bulletins de la Société de Biologie*, 1900.

Indépendamment du renfort apporté à la croissance par les qualités stimulantes de l'air, de la lumière, de l'ozone et du bain, pour le redressement des os incurvés, il faut aussi tenir un grand compte de la *tonicité musculaire*. On a pu dire avec raison que le rachitisme est une maladie d'appareil locomoteur et les altérations osseuses ne sont que les plus grossières ; les muscles aussi sont atteints, relâchés et atrophiés : leur tonicité respective n'est plus un obstacle au maintien de la forme, c'est souvent parce que les muscles sont altérés, diminués, que les os se dévient.

Dans le retour *ad integrum* ils joueront aussi un rôle important ; et si nous admettons sans conteste, pour expliquer certaines atrophies musculaires rapides ; en particulier dans les lésions articulaires, l'influence d'un réflexe, serait-il moins logique d'admettre que le contact de l'eau de mer et des eaux chlorurées sodiques de Salies ne soient le point de départ d'un *réflexe inverse*, non destructeur comme le premier, mais curateur, stimulant les centres trophiques de la moelle d'une façon heureuse et permettant la réintégration des muscles à leur état normal ?

Ces conceptions théoriques nous permettent d'expliquer les modifications indéniables de la musculature chez les rachitiques. Il nous a été donné souvent de constater que, chez le rachitique, suivant le traitement des bains salés, les muscles prenaient à la palpation une tenue plus grande ; ils n'avaient plus, au bout d'un certain temps, cette consistance mollasse qui traduit une étoffe musculaire de basse qualité et que l'on trouve si souvent chez les petits rachitiques non traités.

Nous attribuons une réelle importance pratique à l'état des muscles dans la guérison des déviations rachitiques et nous croyons être dans le vrai. Si nous lisons, en effet, les résultats obtenus en Italie dans les écoles rachitiques de Turin et de Milan par les docteurs Pini et Gamba, nous voyons qu'en dehors de tout traitement marin, rien que par la gymnastique, ces auteurs ont obtenu 50 % environ de guérisons.

Cela nous prouve ce que nous savons tous : que la cure marine n'est pas indispensable ; ce n'est qu'un adjuvant très précieux, puisqu'il donne environ 80 % de résultats heureux. L'effet obtenu sera d'autant meilleur que nous y associerons un traitement adjuvant ou tout au moins que nous ne *contrarierons pas son action curatrice* en lui associant des manœuvres susceptibles de l'entraver.

Or, n'est-ce pas entraver cette action que d'immobiliser les membres déformés dans des appareils plâtrés inamovibles ? N'est-ce pas empêcher l'action bienfaisante des bains salés, la stimulation de la vitalité des organes par leur fonctionnement ? Aussi croyons-nous, avec les deux grands cliniciens français Cazin et Perrochaud, qu'il faut laisser les enfants, quand ils le peuvent, jouer sur le sable, marcher et se servir de leurs membres infirmes pour le plus grand bien de leur guérison. N'est-ce pas là le seul moyen d'activer la fonction de la *croissance*, ce facteur capital de la correction des déviations rachitiques ? Cette poussée de croissance nous a souvent frappés chez les enfants que nous avons envoyés au bord de la mer. Quel en est en réalité le véritable agent ? Nous l'ignorons ; et nous pensons qu'il s'agit là d'une action heureusement combinée où entrent en cause plusieurs éléments : l'air (1), le bain (2), l'ozone et la lumière si intense que reflètent nos belles plages de la Côte d'argent.

Cette action de la lumière sur la croissance n'est point une simple vue de l'esprit. L'influence de la lumière sur le développement des végétaux est fort anciennement connue ; cette action, nous la retrouvons également dans le règne animal. Edwards, en plaçant au fond d'une rivière des larves de grenouilles contenues dans deux boîtes percées de trous, l'une opaque, et l'autre transparente, remarqua qu'au bout de trois semaines la boîte transpa-

(1) Laurent. — Thèse de Paris, 1902-1903.

(2) Martin. — Thèse de Paris, 1903-1904.

rente contenait des grenouilles, tandis que la boîte opaque ne contenait que des têtards.

N'est-il pas logique d'admettre une action identique sur la vie de ces malheureux enfants rachitiques sortis souvent d'habitations malsaines et insalubres, privés d'air et de lumière ? Ils viennent sur nos belles plages respirer un air pur, se baigner, s'ensoleiller et se mettre en somme dans les meilleures conditions de guérison de leur rachitisme en tant que maladie générale et aussi chercher dans nos stations balnéaires, Arcachon, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, la correction réelle et définitive de leurs infirmités ; car, comme le disait Jules Simon dans une leçon professée en 1882 : « Il est, avec la scrofule, une autre maladie contre laquelle la mer est merveilleusement salutaire : c'est le rachitisme ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1909.

De l'emploi des arsenicaux en médecine. — L'Académie continue la discussion de cette importante question où les avis continuent d'être partagés.

M. *Weiss* s'élève énergiquement, pour l'instant tout au moins, contre les conclusions de la Commission nommée par l'Académie. Il ne suffit pas, pour qu'on interdise l'usage d'un produit qu'il soit toxique. L'industrie utilise quantité de produits toxiques. Il faudrait que l'usage même de ce produit amenât des accidents évidents, indiscutables. Or, l'emploi des arsenicaux n'a guère donné d'accidents, sinon ceux qui ont été le fait de méprises. Bien autrement dangereux est l'emploi de la céruse.

N'enlevons donc pas aux populations viticoles, déjà si éprouvées, le seul insecticide puissant qu'elles aient en main. Rendons les méprises impossibles en colorant le produit.

M. *Linossier* a fait une enquête sur les cas d'arsenicisme signalés en Algérie. Il a relevé 9 cas soignés à l'hôpital Mustapha, tous dus à des méprises. Trouvons donc le moyen d'éviter les méprises, mais n'interdisons pas les arsenicaux.

M. *Cazeneuve* prétend que la viticulture française n'a qu'à gagner à se passer d'arsenic. Les vins français seront délaissés du jour où on saura qu'ils peuvent être cause d'intoxication.

M. *Gautier* pense que la réglementation est impossible et demeure partisan de la prohibition.

M. *Raillet*. — Il y a beau temps que l'Amérique emploie les arsenicaux comme insecticides. Elle n'a eu qu'à s'en louer jusqu'ici.

M. *Moureu* défend les conclusions de la Commission en faveur de la prohibition. L'analyse de 28 échantillons de vins provenant de vignes traitées par l'arsenic a montré que dans deux cas on se trouvait en présence de produits nettement toxiques.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1909.

Plaies pénétrantes de poitrine. — M. *Souligoux*. — Le pneumothorax traumatique peut être bénin ou grave. Seul le pneumothorax à soupape me semble parfois justifiable d'une intervention. Quant à l'emphysème, il est tout à fait exceptionnel qu'il soit à ce point étendu qu'il force la main du chirurgien.

En cas d'hémothorax, la question de l'intervention se pose plus souvent. Dans la majorité des cas je reste partisan de l'abstention. Cependant dans les cas graves à quelle conduite faut-il donner la préférence ? A mon avis lorsque la question de l'intervention se pose vraiment je crois qu'il vaut mieux s'y résoudre. La transformation d'un hémothorax fermé en hémothorax ouvert est sans gravité, car, outre qu'il y a souvent déjà pneumothorax, celui-ci est plutôt favorable à l'arrêt de l'hémorragie. Sur les cas opérés, la mortalité n'est que de 33 % : elle est moindre dans les cas graves qu'avec l'expectative. Sur 700 cas, Garré trouve 45 % de morts avec la méthode du repos absolu. La simple suture du poumon peut ne pas suffire à arrêter le vaisseau qui saigne et il peut en résulter un hématome plus ou moins étendu du poumon. L'idéal serait de lier le vaisseau lui-même mais ce n'est pas toujours possible.

Ostéomes musculaires. — M. *Cranwell*. — Les ostéomes musculaires sont rares et la pathogénie n'en est pas encore complètement élucidée. Le traumatisme a une influence certaine : c'est une myosite traumatique ossifiante. Le traumatisme peut être très léger ; il peut être unique ou répété chroniquement.

J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas. Le premier succéda à un coup de couteau dans la cuisse. Plusieurs mois après la guérison, le blessé trouva au niveau de la plaie une masse dure, donnant la sensation d'un corps étranger. Nous crûmes d'abord à la présence d'un fragment du couteau. Mais il s'agissait d'un ostéome, dirigé dans le sens des adducteurs et absolument libre de toute adhérence et connexion avec le squelette de la cuisse.

Dans le second cas, il s'agit encore d'une blessure de la cuisse par coup de couteau. La plaie se cicatrisa parfaitement : mais bientôt après la douleur réapparut et le blessé vit peu à peu se développer au niveau de la cicatrice une tumeur dure, arrondie, irrégulière. Celle-ci était un ostéome adhérent à l'os par une large base. Ici le périoste pouvait avoir été lésé. Mais dans le premier cas on s'explique mal le transport possible d'un fragment périostique.

Stérilisation des organes creux à contenu septique. — M. *Quénu*. — La stérilisation des organes creux à contenu septique tels que l'utérus ou le rectum est chose extrêmement importante, mais à peu près impossible à obtenir. D'où les tentatives faites pour enlever ces organes malades, en bloc et en vase clos, excellente méthode si on n'avait toujours à redouter l'ouverture de ces organes par suite d'une fausse manœuvre quelconque.

J'ai cherché à utiliser pour l'assèchement et l'asepsie de ces organes les jets d'air chaud. J'ai employé ce procédé dans un cas d'utérus cancéreux. Or, après l'ablation, des ensemencements faits avec la muqueuse utérine n'ont donné aucun résultat. La stérilisation par l'air à 300° puis à 600° paraît donc suffisante. J'ai l'intention d'appliquer aussi cette méthode, avec certaines précautions, dans un cas de néoplasme du rectum.

Greffe ovarienne. — M. *Quénu*. — J'ai eu l'occasion de voir récemment une femme à laquelle M. Tuffier avait greffé un ovaire dans la paroi abdominale. Comme elle en souffrait, je le lui ai enlevé. A l'examen, cet ovaire était très altéré. Au microscope on n'y trouve ni ovule ni ovisac. On y trouve des cellules épithéloïdes d'aspect analogue à celles du revêtement ovarien. Il ne contient pas de cellules interstitielles. Au point de vue physiologique, le résultat de la greffe était d'ailleurs médiocre.

Extirpation totale de la clavicule. — M. *Legueu* présente un rapport sur une observation envoyée par M. Guibé. Une femme de 50 ans avait depuis un an une tumeur pulsatile développée sur la partie externe de la clavicule. L'os fut extirpé en totalité sans autre incident qu'une légère entaille à la veine sous-clavière. La malade guérit, et le résultat fonctionnel s'est montré excellent ; tous les mouvements sont possibles, et dans les conditions où ils se font lorsque la clavicule est en place.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était d'origine thyroïdienne et due non à une métastase, car la malade n'a pas de goitre ; mais à une inclusion de germes embryonnaires au moment de la formation de la clavicule. Les tumeurs de ce genre sont extrêmement rares.

Hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. — M. *Legueu* fait un rapport sur une observation de M. Jayle. Il s'agit d'une vierge de 42 ans qui, après plusieurs périodes menstruelles douloureuses, fut prise de douleurs vives et de tous les signes d'une hémorragie interne. A l'examen, on trouve la cavité pelvienne comblée par un épanchement. La laparotomie est pratiquée et conduit sur une hématocèle pelvienne. Mais contrairement à ce qu'on avait pensé, il n'y avait pas de grossesse tubaire. La cause de l'hémorragie fut trouvée dans deux petits kystes hématiques de l'ovaire gauche, dont les vaisseaux saignaient à la vue. La castration fut pratiquée et la malade guérit.

Le rapporteur fait remarquer que ces hémorragies par kyste de l'ovaire étaient autrefois bien connues ; la doctrine qui tend à faire de la grossesse tubaire la cause exclusive des hémorragies pelviennes les a fait oublier. Il est indispensable de leur laisser

encore une place dans la production de ces hémorragies et de ne pas faire de celles-ci le synonyme de la grossesse ectopique rompue. Indifférente au point de vue thérapeutique, cette doctrine absolue pourrait entraîner au point de vue familial et social des conséquences regrettables.

M. *Quénu* fait remarquer que l'hématocèle peut également être due parfois à la rupture de petits vaisseaux au cours de poussées congestives autour de fibromes.

Présentation de malades. — M. *Mignon* présente un malade qui, à la suite d'une fracture de cuisse par coup de feu, eut un raccourcissement de 14 cent. et une dislocation complète du genou. Sur les conseils de M. Hennequin on lui fit une ostéotomie suivie d'extension continue. Au 60e jour, la consolidation du fémur était complète. Le raccourcissement n'était plus que de 9 cent. et les muscles ayant repris leur tonicité normale, la dislocation du genou a complètement disparu.

M. *Marion* présente un malade traité avec succès par curettage et fulguration d une tumeur inopérable de la vessie. Le cystoscope ne montre plus trace de la tumeur. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 22 janvier 1909)

Intoxication grave par le sous-nitrate de bismuth à l'intérieur. — MM. ***Bensaude et Rivet*** ont observé ce fait chez une jeune femme, 22 ans ; atteinte de sténose tuberculeuse de l'intestin grêle, qui prit des doses variant de 15 à 30 de sous-nitrate de bismuth. Ces accidents, semblables à ceux produits par des poisons methémoglobinisants, consistent en angoisse, convulsions, hypothermie, cyanose intense et cornée. La malade fut dans un état inquiétant pendant deux jours, mais guérit néanmoins.

Ces accidents, dont un certain nombre (14) ont été signalés depuis qu'on utilise le sous-nitrate en radioscopie, diffèrent des accidents buccaux intestinaux et rénaux connus depuis plus longtemps ; ils ne sont pas dus à l'impureté du sous-nitrate, mais à des nitrites formés et résorbés dans l'intestin. La résorption des nitrites semble se faire plus particulièrement chez des malades dont le transit intestinal est vicié.

Il ne faudrait pas pour cela proscrire le sous-nitrate à doses thérapeutiques, mais employer pour la radioscopie du carbonate de bismuth.

Traitement de la filariose par l'atoxyl. — M. *Lemoine* (Val-de-Grâce) présente un malade atteint de filariose, avec varices lymphatiques inguinales, crises fébriles, vomissements, diarrhées, douleurs au niveau des paquets variqueux. Traitement : ablation des varices lymphatiques, atoxyl 0,25 à 0,30 gr. tous les deux jours pendant un mois. Disparition des crises fébriles, amélioration de l'état général, disparition des embryons de filaire dans le sang.

Ictères hémolytiques. — MM. *Legendre et Brulé* communiquent deux cas, l'un congénital, l'autre acquis.

Adénite sporotrichosique. — M. ***Widal,*** au nom de M. ***Josset-Noure***, rapporte cette observation d'adénite sporotrichosique secondaire à la sporotrichose du membre inférieur. Les réactions typiques de la sporotrichose étaient positives. On peut éliminer la tuberculose, quoique le sujet soit suspect de tuberculose (pleurésie et sommé induré), par le résultat négatif de l'inoculation au cobaye, et par la culture pure de sporotrichose obtenue.

Traitement du cancer par la fulguration et l'exérèse. — M. ***Juge***, a présenté des malades traités et améliorés par cette méthode. Friedel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 janvier 1909.

Sur un cas de cicatrices polycomédoniennes d'origine iodo-potassique. — MM. ***Hallopeau*** et ***Dainville.*** — Les folliculites iodo-potassiques peuvent donner lieu par leur agglomération, leurs volumineux comédons et l'atrophie cutanée qu'elles entraînent, à la production d'éléments d'aspect cicatriciel qui présentent des caractères tout à fait spéciaux. On peut, en toute certitude, les différencier des syphilides en faisant ingérer aux malades de petites doses d'iodure de potassium ; il se produit alors, surtout au niveau des anciens foyers, des saillies rouges et tubéreuses, auxquelles fait suite le développement de nouvelles masses comédoniennes confluentes. Ces lésions sont très superficielles, puisqu'elles sont compatibles avec l'hypersécrétion sébacée Les dépressions, d'aspect cicatriciel, paraissent constituées surtout par la réunion de conduits sébacés très dilatés.

Tuberculome primitif de la matrice de l'ongle. — MM. ***Balzer*** et ***Boyé*** présentent un malade âgé de 33 ans, dont l'ongle de l'auriculaire droit s'est atrophié en gouttière dans toute sa longueur et dans la moitié de sa largeur, en même temps qu'apparaissait au niveau de la matrice dans sa moitié interne une petite production cornée qui surmontait l'ongle et qui a augmenté rapidement. Actuellement, cette production est terminée à son extrémité libre par quatre petites végétations onychoïdes. Elle est logée dans une gouttière limitée par deux lèvres saillantes et qui semble s'être formée par suite d'une véritable atrophie partielle de l'ongle résultant de la présence d'un petit tuberculome rouge, bien limité. La tuberculose aurait déterminé les troubles trophiques qui ont occasionné l'atrophie en gouttière de l'ongle et la production de substance cornée. L'inoculation au cobaye d'un petit fragment de la tumeur a donné un résultat positif.

Kératodermie palmaire avec porokératose. — MM. ***Balzer*** et ***Boyé*** présentent un malade, forgeron, âgé de 66 ans, dont la paume des mains a été le siège depuis 17 mois de petites bulles qui disparaissent après avoir laissé sourdre le liquide contenu. Il y a un an, débuta une kératodermie des deux paumes et une grande quantité de petits cratères de godets porokératosiques, siégeant sur et entre les plis palmaires. L'apparition tardive de la kératodermie ne permet pas de la rattacher exclusivement à une origine professionnelle.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas et le rapproche des observations publiées par Besnier, Mantoux, Hallopeau et Claisse, de Beurmann et Gougerot, Balzer et Germain, c'est la présence de cratères porokératosiques dus à la chute des cônes cornés qui les occupaient.

Le malade transpirait très peu des mains, mais il est impossible de dire actuellement quelle part peuvent prendre les altérations des glandes sudoripares dans l'évolution de ces lésions.

Forme particulière de lupus érythémateux (face et extrémités) avec albuminurie. — MM. *Danlos* et ***Lévy-Franckel*** présentent une malade atteinte d'un lupus érythémateux occupant la face et les mains. L'évolution a été rapide, la malade présente en outre de l'albuminurie. M. Danlos insiste sur le pronostic grave de ces lésions ; dans deux cas semblables, il a été fatal. Malheureusement les autopsies n'ont pu être faites, et la cause de la mort, peut-être par généralisation granulique, n'a pu être affirmée.

Sycosis lupoïde. — MM. ***Danlos*** et ***Lévy-Franckel*** présentent un homme atteint de sycosis lupoïde très étendu. Dans la région de la barbe existe une nappe cicatricielle blanche, terminée par une bordure rouge et surélevée. La barbe est intacte dans la région sus-hyoïdienne. Les deux lèvres sont encadrées par un anneau de folliculite croûteuse. Cette apparence croûteuse de ces fissures est plus marquée aux deux commissures.

Syphilis tertiaire de la nuque. — MM. ***Danlos*** et ***Lévy-Franckel*** communiquent l'observation d'un malade atteint d'une dermatose en placard, datant d'un an. Le placard présente deux zones, l'une centrale, paraissant en voie de régression, l'autre périphérique, reposant sur une base infiltrée. Le malade nie tout antécédent spécifique. Une biopsie fut faite à la suite de laquelle les lésions s'atténuent progressivement. Histologiquement, il s'agit de syphilis tertiaire.

Note sur l'emploi du salicylarsinate de mercure (énésol) dans le traitement de la syphilis. — M. ***Bodin*** (de Rennes) fait une communication sur ce médicament très intéressant parce qu'il contient à la fois, sous la forme organique et à l'état dissimulé, du mercure et de l'arsenic. A doses suffisantes, l'action curative de l'énésol sur les accidents syphilitiques est certaine et rapide, mais pour une quantité égale et même sensible-

ment supérieure de Hg injectée, cette action est notablement moins énergique que celle des composés mercuriels solubles ordinaires.

Les injections ne sont point douloureuses. L'énésol paraît surtout indiqué chez les syphilitiques débilités ou tuberculeux chez lesquels il convient de réaliser en même temps la médication arsenicale et la médication mercurielle, sans que celle-ci soit trop active. Il semble également indiqué dans les cas de lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires d'intensité moyenne. Par contre, ce n'est pas le sel mercuriel des cures intensives nécessaires dans les syphilis graves, appelant une action prompte et énergique (1). P. FERNET.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 18 janvier 1909. — Présidence de M. MAGNAN.

Délire systématisé chez un dégénéré dont la mère est atteinte de délire polymorphe. Présentation de deux malades. — MM. *Magnan* et *Vieux-Pernon* montrent, chez leur premier malade, la genèse lente et progressive d'un délire mystique. Ce dernier arrive à se persuader qu'il doit transformer la Société et qu'il est le Messie. Des interprétations nombreuses, portant surtout sur les textes des livres religieux qu'il a lus, viennent confirmer ces idées. Deux hallucinations visuelles sont pour lui la révélation qu'il attendait depuis si longtemps. Le sujet décrit très bien les multiples phénomènes hallucinatoires et délirants qu'il a présentés : sa psychologie est celle des réformateurs. La mère, internée, elle aussi, au service d'admission, est également présentée et montre des idées de grandeur incohérentes, que l'on peut rattacher au délire polymorphe des dégénérés. Mais, devant son affaiblissement intellectuel, ne faudrait il pas réserver le diagnostic ?

Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée héréditaire. — Présentation de malade. — *MM. Collin* et *Mignard*, en présentant cette malade, insistent sur la complexité des différents symptômes et sur leurs réactions mutuelles. Une obsession, née d'une cause futile, prend rapidement un caractère assez aigu pour déterminer un délire mélancolique avec idées et tentatives de suicide. Puis apparaît un tic qui a son origine dans un mouvement de défense en rapport avec le délire, devient plus tard un tic d'habitude et rentre dans la série des phénomènes moteurs observés chez la malade, astasie, abasie, spasmes, gloussements, etc. Tout ce complexus symptomatique réagit à son tour sur le délire, et, chez cette héréditaire, dont le père s'est suicidé et dont le frère est mort aliéné, devient la cause principale de la tendance au suicide et des troubles mélancoliques actuels.

Un cas d'onycho-trichophagie chez une démente mélancolique. Présentation de malade. — *M. Brissot* présente, en son nom et au nom de M. Marcel *Briand*, une ancienne mélancolique anxieuse, qui, bien qu'elle soit aujourd'hui en démence, a conservé une habitude contractée pendant sa période délirante, et qui consiste à se ronger continuellement les ongles ou à s'arracher, un à un, les poils, pour les manger, après les avoir noués. L'intérêt de la présentation réside surtout dans la pathogénie de cette « onycho-trichophagie », syndrome devant être logiquement considéré comme un geste stéréotypé et définitif ; celui-ci n'a survécu que grâce à une cristallisation qui le rend automatique, au moment de la disparition du délire, à forme angoissante, qui l'avait fait naître.

Méningite tuberculeuse chez un héréditaire dément précoce, porteur d'une lésion ancienne de tuberculose osseuse. Présentation de pièces et de préparations. — MM. VIGOUROUX et NAUDASCHER présentent le cerveau et les préparations histologiques des organes provenant de l'autopsie d'un dément précoce de 26 ans, mort de granulie et de méningite tuberculeuse à l'asile de Vaucluse. Ce malade, héréditaire dégénéré (mère internée), était porteur depuis l'âge de 15 ans d'une lésion tuberculeuse de l'humérus. A 20 ans, il eut une attaque épileptiforme, et depuis il présenta des idées hypochondriaques et mystiques mal systématisées. Il fit également de nombreuses fugues et fut même arrêté au cours de la dernière. Ces fugues n'étaient pas de nature épileptique. Puis son intelligence s'affaiblit, et à son entrée à l'asile, il présenta le syndrome de la démence précoce. Quelques mois plus tard il succomba.

Les présentateurs admettent l'importance pathologique de la lésion tuberculeuse osseuse, dont les toxines solubles, diffusées dans tout l'organisme, ont agi particulièrement sur le cerveau et ont provoqué l'ictus, le délire et la démence. La méningite était constituée par une infiltration énorme de la pie-mère, par des lymphocytes réunis sous forme de nodules dont le centre est en voie de désintégration, par de l'endartérite des vaisseaux, etc. Il n'y avait pas de follicules tuberculeux. C'était une bacillose méningée non folliculaire. Les autres organes présentaient des tubercules et des follicules. Le foie était en dégénérescence graisseuse avancée.

M. Pactet fait remarquer que les faits signalés par *M. Vigouroux* sont en désaccord avec la conception anatomo-pathologique de la démence précoce énoncée par Klippel, pour qui la lésion exclusive du neurone serait pathognomonique. La délimitation exacte des lésions semble aussi difficile à établir que celle des symptômes au point de vue clinique.

Un cas de paralysie générale juvénile (?) ; Mort. — Présentation du cerveau. — M. le Dr *A. Marie*, de Villejuif, montre l'encéphale d'un malade qui avait été présenté par M. le Dr Colin. M. *Colin* ne le considérait pas comme un paralytique général proprement dit, mais comme un arrêt de développement avec lésions cérébrales, dues peut-être à l'hérédo-syphilis ayant provoqué l'apparition du syndrome paralytique. M. **A. *Marie*** croit à la paralysie générale juvénile. L'infantilisme préalable est évident : taille 1 m.52, poids 45 kilogs, microrchidie, etc. M. Marie l'attribue à l'hérédo-syphilis ainsi que la méningo-encéphalite finale elle-même (que dénonçait la réaction de Wassermann positive aussi bien pour le liquide rachidien que pour le sérum sanguin). L'encéphale est petit ; au total 996 gr. (H.D. 432 gr. H.G 407 gr. Bulbe et cervelet 137 gr.).

Les ventricules sont dilatés par l'atrophie des deux hémisphères (le droit moins que le gauche). A la pipette, par le procédé de Marchand, le ventricule droit contient 11 cc. pour 15 dans le gauche. Le 4e ventricule a l'aspect de langue de chat. Les parties des circonvolutions médio-frontales décortiquées montrent l'aspect chagriné ; la pie-mère en avant est légèrement opalescente. L'hémisphère gauche plus atrophié (25 gr. de moins) pourrait expliquer l'accentuation des tremblements musculaires, de la faiblesse et de l'incoordination motrice de ce côté. Le malade s'est éteint dans la cachexie progressive : paralysie, gâtisme euphorie. Les troubles pupillaires furent persistants. Enfin il n'y a pas de lésions gommeuses comme dans le cas de Reymond qui avait été invoqué, et le bio-diagnostic est jusqu'ici confirmé par la nécropsie macroscopique.

M. *Colin* ne veut pas insister sur la théorie de l'origine syphilitique de la paralysie générale, présentée comme un dogme. Avant de se prononcer définitivement sur le fait actuel, il est indispensable d'attendre le résultat de l'examen histologique que vont faire chacun de leur côté MM. Marie et Vigouroux. Il suffit de rappeler le cas de Marchand, auquel le nôtre se superpose presque exactement (même âge, mêmes symptômes, traumatisme dans les deux observations). Le diagnostic de paralysie générale fut réfuté par l'autopsie pratiquée par Klippel et qui révéla les lésions anatomo-pathologiques de la démence précoce.

Dr DE CLÉRAMBAULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 27 janvier 1909.

Le président sortant, M. *Livache*, passe en revue les travaux accomplis par la Société pendant l'année 1908, et cède le fauteuil au nouveau président, M. Louis *Martin*.

Celui-ci remercie la Société de l'honneur et du plaisir qu'elle lui a faits, en le nommant président, et indique les questions qui pourront occuper l'Assemblée pendant l'année courante.

Le nouveau secrétaire général, M. *Mosny*, remercie aussi la Société de sa nomination. Il voudrait que cette Société fût plus connue du public, et, s'il en était ainsi, elle pourrait, par exem-

(1) A propos d'injections il a été présenté à cette séance, la seringue spéciale du Dr Barthélemy, nouveau *modèle Vigier*, pour huile grise à 40 % et toutes autres préparations mercurielles.

ple, donner aux bureaux d'hygiène créés par la loi de 1902, qui ne savent d'habitude où s'adresser, les conseils les plus utiles pour leur fonctionnement.

M. *Montheuil* voudrait que, pour faire connaître la Société, on adressât aux journaux quotidiens l'ordre du jour des séances, et que les journalistes fussent admis à ces séances dont ils parleraient, sans nul doute, dans le journal où ils sont attachés. La Société ne fait pas d'objection à cette proposition.

M. L. *Martin* annonce qu'il a reçu de M. *Mourgue* une lettre invitant la Société à faire partie de la *Ligue des espaces libres* dont il est le président. Il propose de répondre à cette invitation par la formule suivante : « La Société envoie ses félicitations et ses encouragements à la *Ligue des espaces libres* ».

M. **Bechmann** dit que M. Mourgue est le président de la « Ligue des propriétaires », et qu'il doit chercher, sans nul doute, l'intérêt de ces derniers. Il ne faudrait donc s'engager à quoi que ce soit, avant de connaître quels sont les errements de cette « ligue ». La Société décide d'attendre la discussion sur les *espaces libres*, qui doit avoir lieu prochainement, avant de répondre à l'invitation de M. Mourgue.

Le bureau d'hygiène. — M. *Pottevin* croit que le fonctionnement des bureaux d'hygiène trouve des entraves, d'un côté dans le corps médical, et de l'autre, dans les municipalités. En effet, les mesures prophylactiques peuvent être faites par les bureaux d'hygiène en dehors des conseils du médecin qui, dès lors, se désintéresse des procédés employés. Il est clair qu'il faudrait arriver à mettre entre le médecin et le bureau d'hygiène une entente commune qui assurerait l'efficacité des mesures prises. D'un autre côté, les municipalités, forcées de choisir le directeur parmi les 6 noms que leur fournit le Conseil supérieur d'hygiène, se sentent diminuées dans leurs prérogatives ; elles ont, de plus, à faire face aux dépenses afférentes ; deux causes qui diminuent leur bon vouloir à l'endroit de ces bureaux d'hygiène. Et cependant, il faudrait arriver à faire la désinfection presque tous les jours auprès du malade, et non uniquement après le décès, comme cela se pratique communément.

M. *Godet* dit que la question financière prime tout pour les municipalités, au sujet des bureaux d'hygiène ; la question d'amour-propre, dont on a parlé, ne joue guère de rôle. Les bureaux d'hygiène ne peuvent agir que si les déclarations de maladies contagieuses sont faites ; or le plus souvent, elles ne le sont pas.

M. *Dron* croit que le maire devrait choisir librement le directeur du bureau d'hygiène : on ne voit pas l'utilité de l'intervention du Conseil supérieur d'hygiène qui, par ses désignations, n'encourt aucune responsabilité.

A. Pujol.

ANALYSES

Recherches expérimentales sur la masse du sang chez l'homme ; par M. Œrum. (*Deutsche Archiv für Klinisch. Medizin.* Bd. 93. H. 4.)

Œ. commence par remarquer que des mesures précises de la masse du sang sont indispensables pour apprécier la pléthore ou l'oligémie.

Pour déterminer cette masse, il y a, d'après lui, deux méthodes utilisables : la méthode de la transfusion et la méthode à l'oxyde de carbone. La première se base sur la mesure de la quantité d'hémoglobine contenue dans l'unité de volume avant et après injection intra-veineuse de 300 cent. cubes de sérum physiologique. D'après Cohnstein, Œrum, Kottmann, Plesch, etc., cette méthode ne comporte pas de causes d'erreur notables et donne des résultats exacts : mais elle est difficile à faire accepter des malades. Aussi recommande-t-il la méthode à l'oxyde de carbone. On fait respirer une quantité connue de CO et on le dose dans un volume déterminé de sang. Créée par Gréhant et Quinquaud, elle a été rendue plus pratique par Haldane, qui détermine CO par des procédés colorimétriques.

En associant les deux méthodes, en comparant ses chiffres avec ceux de Lorain Smith, de Plescch, Œrum estime la masse totale du sang, chez un individu normal à 5 % (1/20e) du poids du corps. Il a vérifié que cette proportion varie avec les sujets : elle croît en raison directe de la musculature, en raison inverse de l'adiposité.

Dans les cas d'anémie, la masse du sang est tantôt normale (anémie *post partum*), tantôt notablement accrue : c'est le cas de la chlorose, où elle oscille, d'après Plesch, entre 7,7 et 10,8 0/0 du poids du corps. Œrum conclut en discutant de la classification des anémies et insiste sur le rôle qu'y doit jouer la masse du sang.

A. Baudouin.

Etude des dégénérations secondaires du faisceau pyramidal ; par le Dr André Barbé.

Les nombreuses recherches faites sur les dégénérations des voies pyramidales dans l'hémiplégie ont amené les auteurs à considérer ces voies comme essentiellement constituées, chez l'homme, par deux groupes de fibres symétriques placées de chaque côté de la ligne médiane, au niveau de la protubérance annulaire de la partie annulaire et de la partie supérieure du bulbe rachidien. Pour arriver à cet conception, les auteurs se sont appuyés sur un grand nombre de recherches que le docteur Barbé a consignées dans son livre en les divisant en deux catégories :

1° Les recherches anatomo-cliniques ;

2° Les recherches expérimentales.

Les déductions qu'il a tirées des travaux auxquels il s'est livré l'ont conduit aux conclusions suivantes.

Trajet du vaisseau pyramidal dans la protubérance et le bulbe. — 1° Dans la protubérance, le faisceau pyramidal se présente sous forme de paquets de fibres nerveuses, paquets séparés les uns des autres par les fibres transversales. Ces paquets de fibres assez éloignés les uns des autres à la partie supérieure de la protubérance, ont tendance à se grouper à la partie inférieure de celle-ci pour gagner le bulbe rachidien. Il semble que la dégénération des fibres pyramidales dans la protubérance soit en rapport avec l'étendue des lésions cérébrales ou mésencéphaliques.

2° Dans le bulbe rachidien, les fibres sont groupées pour former la pyramide bulbaire ; la hauteur et l'étendue de la dégénération de celle-ci sont extrêmement nettes, car elles se distinguent facilement des tissus avoisinants ; au niveau de la décussation le faisceau pyramidal se croise entièrement avec celui du côté opposé, ou laisse une partie de ses fibres descendre directement dans la moelle ; dans ce dernier cas, on assiste à la formation du faisceau pyramidal direct.

Le faisceau pyramidal direct dans la moelle épinière. — 1° Le faisceau pyramidal direct est situé dans la plus grande partie de son trajet, le long du sillon médian antérieur ; il se termine à des hauteurs variables et peut être suivi jusqu'à la moelle sacrée.

2° Dans les cas que nous avons pu examiner, il ne nous a pas semblé que la forme de ce faisceau dépendît du siège de la lésion causale ; qu'il y ait altération cérébrale ou protubérantielle, ce faisceau garde le même aspect. Il a tendance, au niveau de la moelle cervicale, à descendre dans le fond du sillon médian antérieur, pour redevenir plus superficiel dans la moelle dorsale ; c'est à ce niveau qu'il prend une forme incurvée à concavité postéro-externe. Il est presque constamment séparé de la pie-mère par une mince bande de fibres restées saines.

Le faisceau pyramidal croisé dans la moelle épinière. — 1° Le faisceau pyramidal croisé se présente le plus souvent sous la forme d'un ovale à grand axe transversal dans la région cervicale antéro-postérieure, au-dessous de celle-ci. Il se continue de la première cervicale jusqu'à la cinquième racine sacrée, point où il est encore très net. D'abord accolé à la corne médullaire postérieure, il tend plus bas à s'en éloigner pour devenir superficiel au-dessous du faisceau cérébelleux direct. Sa face interne présente dans les régions lombaire et sacrée une encoche très nette qui lui donne un aspect semi-lunaire.

2° La dégénération de ce faisceau peut se présenter sous deux aspects différents : ou bien il n'y a que peu de fibres atteintes et la décoloration diffuse ne permet pas d'en fixer les limites exactes, ou bien il y a une dégénération intense, et la topographie du faisceau devient alors très nette.

3° Il semble que l'étendue du faisceau pyramidal croisé soit

plus grande quand il y a décussation complète, autrement dit, la présence du faisceau pyramidal direct correspond à une diminution du faisceau croisé.

4° Quand il y a dégénération bilatérale des deux faisceaux croisés, le maximum de dégénération bilatérale de l'un d'eux correspond toujours au maximum des lésions sur un hémisphère.

Atrophie des parties lésées. — 1° La dégénération du système pyramidal amène toujours une atrophie de celui-ci ; de plus, la moitié correspondante de la protubérance, du bulbe et de la moelle participe toujours à cette hématrophie.

2° Chez l'adulte, il n'y a pas d'hypertrophie du faisceau pyramidal resté sain. G. M.

Contribution à l'étude de la simulation et de l'interprétation des accidents du travail; par M. Georges Vasselin. (*Thèse de Paris*, 1908.)

Après avoir étudié la simulation en général, et son importance au point de vue médico-légal, Vasselin, qui a fait de nombreux emprunts à l'étude que Sand a publiée sur la simulation, recherche la fréquence de cette simulation, dont la proportion serait de 25, 30 et même 36 %, bien que Bruno n'arrive qu'à 8 %.

Le diagnostic de la simulation est très difficile et le médecin ne saurait trop se défier ni prendre trop de précautions.

« En aucun cas, on n'a le droit d'accuser un homme de simulation lorsque l'on ne peut faire la démonstration objective de cette assertion. »

Cherchant à classer les simulations, Vasselin les groupe en quatre classes : provocation, simulation, exagération, imputation (division précédemment adoptée par Sand).

De nombreuses observations, dues à l'amabilité du Dr Balthazard, viennent à l'appui des dires de Vasselin qui conclut : 1° La simulation est moins fréquente qu'on ne le croit ;

2° Les médecins doivent être scrupuleux et doivent avoir en vue :

a) Le soin de faire faire aux magistrats œuvre de bonne justice ; *b*) L'amour-propre professionnel ; l'autorité de leur intervention ; *c*) La moralisation de la classe ouvrière.

3° La ligne de conduite est : examiner le malade avec la plus grande bienveillance et ne pas voir *a priori* une simulation et ne jamais conclure, sans en être absolument certain, pour ou contre la simulation ;

4° Si l'on a quelques doutes, ne pas hésiter à les avouer.

Dr Thébault.

BIBLIOGRAPHIE

La police des mœurs; par Louis Fiaux. (Chez M. Félix Alcan).

M. Louis Fiaux, membre de la commission extra-parlementaire du régime des mœurs, ancien membre du conseil municipal de Paris, était mieux qualifié que personne pour traiter la question de la police des mœurs et publier les laborieux travaux auxquels elle a donné lieu aussi bien en France qu'à l'étranger.

Dans un important ouvrage composé de 2 volumes ne contenant ensemble pas moins de 2000 pages, l'auteur rapporte les nombreux procès verbaux de la commission extra-parlementaire instituée après les excès et les scandales commis par la police des mœurs et commente avec une autorité indiscutable les raisons qui la condamnent ou militent en faveur de son abolition.

L'énumération très sommaire que nous allons faire des matières contenues dans cette œuvre donneront une idée de sa valeur et de son étendue ;

La prostitution n'est pas un délit ;
Condamnation de la police actuelle des mœurs ;
Condamnation de la police des mœurs légalisée ;
Rejet ou rattachement de la police des mœurs ou de la prophylaxie des maladies spéciales à la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique (déclaration des maladies contagieuses) ;
Assistance publique, obligatoire et gratuite aux malades spéciaux à l'état contagieux ;
Suppression des hôpitaux spéciaux ;
Réorganisation des consultations hospitalières ;
Traitement ambulatoire des maladies ;
Réformes de caractère mixte (d'ordre hygiénique, juridique et moral) ;
Institution du délit pénal de contamination intersexuelle ;
Le délit de contamination intersexuelle ;
Création d'un examen théorique et clinique sur la vénéréologie obligatoire pour les étudiants en médecine ;
Poursuites contre les docteurs charlatans. Affiches mensongères, guérison instantanée des maladies spéciales, remèdes secrets, etc. Escroquerie ;
Répression du racolage scandaleux pratiqué par les personnes des 2 sexes ;
Répression absolue du proxénétisme ;
Éducation sexuelle des jeunes gens :
Enseignement obligatoire de l'histoire naturelle et de l'hygiène des deux sexes ;
Protection des mineurs en état de prostitution publique ;
Écoles de réforme sociale et d'instruction professionnelle.
Abolition du pouvoir réglementaire des maires en matière de prostitution ;
Coordination des projets de loi votés par la commission extra parlementaire en un projet de loi générale concernant la prostitution et la prophylaxie des maladies vénériennes.

Appendices faisant suite aux 1er et 2e volumes : Affaire Fossier. Nomination de la commission extra-parlementaire du régime des mœurs ; Rapport au Président de la République ; Nomination d'une commission d'études des questions relatives à la prophylaxie des maladies spéciales par M. Waldeck-Rousseau ; Enquête municipale sur la police des mœurs à l'Hôtel de Ville de Paris ; Prostitution antiphysique ; Proposition de suppression de la police des mœurs ; Projet de réglementation ; La police des mœurs et la prophylaxie des maladies spéciales en province ; La question de l'hygiène sanitaire en province : Circulaire du ministre de la guerre sur la prophylaxie des maladies spéciales dans l'armée ; Prophylaxie des maladies spéciales dans la marine : Loi d'assistance médicale gratuite ; Assistance hospitalière actuelle aux malades vénériens à Paris ; La prophylaxie observée en France et chez les Arabes en Egypte ; Protection des mineurs en Allemagne ; État sanitaire. Lois Danoises ; Casier judiciaire des maisons de tolérance ; Statistiques diverses ;

Ceux qui posséderont le livre de M. Fiaux y trouveront des documents utiles dont ils tireront certainement le plus grand profit. G. M.

Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes; par le Dr Henri Pelon. (Chez Rudeval.)

La syphilis, la chancrelle et la blennorrhagie, qui constituent les maladies vénériennes ont, pendant longtemps, été confondues pêle-mêle dans les descriptions anciennes et désignées sous un seul et même vocable : la maladie vénérienne. Aussi dans l'historique des cures hydro-minérales appliquées aux maladies vénériennes était-il assez difficile de bien séparer ce qui a trait à la blennorrhagie de ce qui concerne la syphilis. L'auteur s'y est appliqué de son mieux et, laissant de côté la chancrelle, il a étudié les cures hydro-minérales :

1° Dans la syphilis.
2° Dans la blennorrhagie.

C'est une bonne mise au point de la question. G. M.

Psychologie des neurasthéniques ; par le Dr Paul Hartemberg, avec figures dans le texte. (Editeur, Félix Alcan, 1908, boulevard St-Germain à Paris.)

Bien que d'excellents travaux sur la neurasthénie ne manquent pas, il est pourtant dans leur ensemble une lacune qui a frappé l'auteur : c'est l'insuffisance de l'étude phychologique des malades. Ce livre a pour but de faire disparaître cette lacune.

G. M.



TRAVAUX ORIGINAUX

Expulsion de l'œsophage par la bouche après ingestion de caustiques ;

Par MM.

A. GILBERT
Professeur à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'Hôpital Broussais.

André PHILIBERT
ancien interne
Médaille d'or des hôpitaux
Licencié ès sciences.

Il est assez fréquent d'observer, après l'absorption d'un caustique, le rejet de lambeaux de la muqueuse œsophagienne, parfois même d'escarres plus profondes, mais fragmentées.

Moins communs sont les cas d'expulsion massive des tuniques œsophagiennes, représentant un moule complet de l'œsophage.

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques mois, un de ces cas d'expulsion massive en un moule pseudo-membraneux. Il s'agissait d'un chiffonnier, qui avala par inadvertance un caustique alcalin : six jours après, il rejetait, dans des efforts de vomissements, une escarre représentant dans sa forme la totalité de l'œsophage avec une partie du pharynx et une partie de l'estomac (1).

Bien que très rare, ce fait a déjà été signalé. MM. Legendre et Esmonet ont publié, dans les *Bulletins de la Société médicale*, une belle observation, intéressante par les problèmes diagnostiques qu'elle soulevait ; le cas était analogue au nôtre. Trier, Mausière, Wyss, Laboulbène, ont signalé des cas de rejet de moules partiels.

En parcourant les autres observations d'expulsion massive de l'œsophage, on se convainc aisément qu'elles ne semblent pas appartenir aux escarres secondaires à l'ingestion de caustiques. Certaines d'entre elles, en apparence spontanées, diffèrent des premières par l'évolution clinique et l'anatomie pathologique.

Malgré le peu de documents qui existent sur cette question, il nous a semblé qu'elle était intéressante, parce qu'elle soulève plusieurs points de clinique et de physiologie, et que l'on pouvait, dès maintenant, essayer de classer et de séparer des faits qui semblent se relier entre eux par un symptôme commun, l'expulsion d'un moule représentant l'œsophage dans sa forme.

Cette communauté d'un symptôme tendrait à créer une confusion regrettable, au point de vue du pronostic et du traitement, entre des faits différents.

***

Les faits d'expulsion massive de l'œsophage, rapportés dans la littérature médicale, peuvent se diviser en deux groupes.

Dans un premier groupe, — le plus rare semble-t-il — il s'agit d'expulsion d'un moule de l'œsophage, reproduisant celui-ci dans sa forme ; mais ce moule n'est constitué que par la muqueuse, qui a seule desquamé en totalité ; un second caractère des cas de ce genre est la spontanéité apparente, l'absence de cause avouée ou décelable.

Le second groupe — beaucoup plus riche, beaucoup plus intéressant — comprend les cas où l'expulsion, massive, du tube œsoghagien porte sur les tuniques profondes (sous-muqueuse, musculeuse), tandis que la tunique épithéliale elle-même, détruite, n'existe qu'à l'état de témoin, par fragments à peine histologiquement reconnaissables : ici l'expulsion est secondaire à l'ingestion d'un caustique qui a déterminé l'escarrification de l'œsophage.

***

1er *groupe*. — Expulsion apparemment spontanée de la muqueuse œsophagienne (œsophagite exfoliatrice).

Deux observations complètes et typiques ont été rapportées, l'une par Birch-Hirschfeld, l'autre par Fauquez. Nous rejetons l'observation de Reichmann, où le tube muqueux de l'œsophage, long de 15 cm., fut rejeté par l'anus.

L'observation de Birch-Hirschfeld est encore assez particulière. Il s'agit d'une jeune femme hystérique, de bonne santé en général, qui est prise de fièvre, accompagnée de douleurs de gorge, de dysphagie et de nausées ; ces phénomènes se prolongent pendant trois jours, et le troisième jour, dans des efforts de vomissements, la malade rejette brusquement un tube de 20 centim. de long. Examiné histologiquement, ce tube est constitué par la tunique épithéliale de l'œsophage infiltrée de cellules rondes. Pas d'éléments musculaires, pas d'éléments glandulaires. Birch-Hirschfeld porte le diagnostic de suppuration œsophagienne sous-épithéliale, diagnostic que semble justifier la fièvre. Cependant, après cette expulsion, la malade a guéri sans autre complication, la fièvre est tombée ; la déglutition s'est d'emblée rétablie convenable. Il n'y a pas eu de rétrécissement consécutif.

Dans le cas de Fauquez, à peu de chose près calqué sur le précédent, il n'y a pas d'antécédents. C'est une femme de 43 ans, de bonne santé, n'ayant jamais eu de troubles digestifs, mais ayant souffert d'accès d'asthme franc. Un soir, brusquement, après son dîner, elle est prise d'une soif ardente, boit à plusieurs reprises au cours de la soirée, « *éprouvant à chaque fois la sensation qu'elle avalait de travers*, et se plaignant dans l'intervalle d'une *gêne persistante au niveau de la gorge*. A 11 heures, elle a des nausées, et, dans un effort de vomissements, rend un long tube membraneux blanchâtre, qu'elle saisit à pleines mains, et doit tirer pour l'arracher : car il adhérait au pharynx ; quelques gouttes de sang accompagnèrent cette expulsion.

Le tube ainsi rejeté est constitué par la muqueuse œsophagienne ; il est blanchâtre, cylindrique, mince, et retourné en doigt de gant, ce qui témoigne de sa minceur. Le docteur Chevassu, qui a examiné la pièce histologiquement, n'y a trouvé que de l'épithélium. Ajoutons que le tube mesurait 23 à 24 centimètres.

La malade n'éprouva plus aucun trouble ; elle a parfaitement guéri ; et n'a point présenté de rétrécissement ultérieur.

Si nous résumons les caractères de ces accidents, nous voyons qu'ils surviennent chez des sujets nerveux : l'un est hystérique ; l'autre a souffert d'asthme vrai. Ils éclatent en pleine santé, sans cause apparente. Ils s'accompagnent (principalement, dans l'observation de Fauquez), d'une douleur violente à la gorge et d'essais de déglutition : la malade avale de travers ; ces deux signes n'indiquent-ils pas qu'un spasme de la partie supérieure de l'œsophage se produit à ce moment ?

Il est intéressant de rapprocher ces faits des cas de spasme aigu du cardia récemment étudiés par Guisez. Dans ces cas, on note aussi une douleur très vive et un spasme concomitant de la région cricoïdienne de l'œsophage. C'est au début du repas qu'éclate le spasme du cardia : les aliments s'accumulent dans l'œsophage, qui se distend d'une façon aiguë. C'est à ce moment que les malades, très gênés, demandent du secours. Guisez a constaté alors

(1) L'observation complète de ce cas a été publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique* et la pièce déposée au musée Dupuytren.

un spasme concomitant de la région cricoïdienne de l'œsophage, et par l'œsophagoscope, vu le spasme du cardia.

Dans l'observation de Fauquez, nous ne pouvons nous empêcher de noter que le tube rejeté par la malade, élargi et déchiqueté à son insertion pharyngienne, était nettement coupé à son extrémité inférieure, ce qui répondrait bien à l'idée d'une section brusque au niveau du cardia. Les cas de cette nature accompagnent-ils la contraction du cardia ?

Quoi qu'il en soit, les faits d'expulsion spontanée et isolée de la muqueuse œsophagienne en totalité méritent d'être séparés. Spontanéité, absence de dysphagie consécutive, pas de rétrécissement ultérieur, telles sont les grosses caractéristiques importantes à connaître si l'on est appelé à porter un pronostic et à établir un traitement dans un cas de ce genre.

Dans le fait relaté par Birch-Hirschfeld une réserve s'impose. Un caustique léger ne serait-t-il pas capable de produire une desquamation purement épithéliale ?

L'absence de cause avouée par la malade, hystérique, n'est pas en contradiction avec cette hypothèse.

***

2e *groupe*. Par opposition aux précédents nous plaçons maintenant le second groupe de faits :

Expulsion massive d'une escarre reproduisant le moule œsophagien, en totalité ou en presque totalité, secondairement à l'ingestion d'un caustique.

Le cas que nous avons eu l'occasion d'observer récemment nous a permis de préciser certains points cliniques, déjà indiqués d'ailleurs dans la belle observation de MM. Le Gendre et Esmonet.

Le premier acte de cette histoire pathologique est la phase aiguë d'ingestion du caustique.

Dans notre observation il s'agit d'un chiffonnier, à qui l'on fait cadeau d'une « bonne bouteille de vin », cadeau ou larcin, peu importe. Notre homme avale gloutonnement au goulot ce breuvage : il ressent une brûlure atroce dans la bouche et le long de l'œsophage. Dans l'observation de MM. Le Gendre et Esmonet, il s'agit d'une femme hystérique, qui tente de s'empoisonner, mais cèle sa tentative, de sorte que le diagnostic s'égare au début, en présence des hématémèses, des fausses membranes.

La nature du caustique semble importer peu : dans notre cas il s'agissait d'un caustique alcalin, sans doute de l'eau de javel ; la malade de MM. Le Gendre et Esmonet avait avalé de l'eau de rouille, c'est-à-dire de l'acide chlorhydrique.

Cette première phase est aiguë ; si le malade vient demander du secours, on est immédiatement fixé sur la nature des accidents qu'il pourra présenter.

Les premières douleurs passées, le malade éprouve un calme relatif. Mais immédiatement se manifeste une phase d'obstruction complète de l'œsophage par la fausse membrane, l'escarre tuméfiée, épaisse : le malade avale « de travers» ; il régurgite immédiatement par le nez les boissons qu'il prend ; naturellement aucun aliment solide ne peut franchir le tube œsophagien.

L'existence d'une escarre oblitérante de l'œsophage peut être soupçonnée, grâce à ces symptômes d'une part, et d'autre part grâce à la concomitance d'escarres plus ou moins grandes dans la cavité bucco-pharyngée. Notre malade présentait des escarres épaisses, blanchâtres, à la face inférieure de la langue, sur le voile du palais et sur les piliers. La malade de M. Le Gendre avait une fausse membrane sur les deux amygdales, le bord libre du voile du palais et la face postérieure de la luette; c'était l'aspect d'une fausse membrane diphtérique dont la culture donna d'ailleurs un bacille pseudo-dipthérique, et ce diagnostic de diphtérie put être un instant admis, favorisé par la dissimulation de la malade.

Dans cette période, on peut observer des hémorragies. La malade de M. Le Gendre fut amenée à l'hôpital pour une hématémèse d'une telle abondance que l'interne de garde crut à un ulcère de l'estomac. Ces hémorragies furent précoces, deux heures après l'ingestion du caustique.

Un accident brusque vient terminer cette phase, le phénomène capital : c'est l'expulsion massive de l'escarre œsophagienne. Dans le cas de M. Le Gendre et Esmonet comme dans le nôtre, c'est le *sixième jour* après l'ingestion du caustique, que l'escarre se détache. Les malades son pris d'une sensation de gêne, d'étouffement, puis de nausées et les efforts de vomissements aboutissent d'une façon presque dramatique à l'expulsion de l'escarre tubulée.



Fig. 1 (1).

Dans le cas de M. le Gendre, elle mesurait 21 centimètres, et était complètement tubulée sur une étendue de 10 à 11 centimètres.

Dans le nôtre, l'escarre, tubulée sur toute son étendue, présentait seulement deux petites fentes longitudinales, de 2 cm. environ chacune, permettant d'apercevoir l'intérieur gaufré de ce tube ; elle représentait le muscle entier de l'œsophage et l'on pouvait voir les courbes naturelles de cet organe, et les rétrécissements cricoïdien, aortique et cardiaque, comme s'il s'était agi d'un œsophage normal extrait du thorax. Les parois de ce tube étaient fort épaisses, de sorte que sa lumière était presque virtuelle ; de plus, il se continuait en haut avec une escarre effilochée représentant la partie inférieure du pharynx, et en bas avec une escarre évasée, représentant la partie cardiaque de la muqueuse de l'estomac. La figure ci-jointe donne une idée de l'aspect de la pièce.

Une telle escarre, dans un cas comme dans l'autre, est constituée non par de la fibrine, mais par du tissu conjonctif sous-muqueux infiltré de cellules rondes, portant encore à sa surface quelques fragments d'épithélium, dans

(1) Cette figure est représentée ici dans le sens horizontal, pour les besoins de la composition.

son épaisseur quelques culs-de-sac glandulaires ; à sa face profonde, on voit enfin des fibres musculaires striées, vestiges de la couche des fibres musculaires de l'œsophage.

Tout aussitôt après l'expulsion, le malade ressent un soulagement véritable. Notre chiffonnier, qui était enroué, retrouva une voix claire, sans doute quelque escarre du vestibule du larynx ayant été rejetée en même temps. De plus, l'ingestion des boissons et des aliments devint subitement possible. Débarrassé de ce corps étranger encombrant, le tube œsophagien — ce qui en reste — devint perméable, et l'on pourrait se flatter de voir cette amélioration persister.

Il n'en est rien. Dans la dernière phase de la maladie s'installe une sténose progressive de l'œsophage ; en 14 jours chez la malade de M. Le Gendre, c'est-à-dire 8 jours après l'expulsion de l'escarre, l'œsophage n'admettait plus qu'une sonde du diamètre d'un pois. Un mois après, chez notre malade, la sténose était complète et le lait lui-même ne pouvait plus être dégluti.

L'intervention chirurgicale sauva la malade de M. Le Gendre ; le nôtre succomba malgré l'opération *in extremis*.

Ainsi donc, l'expulsion massive de l'œsophage consécutive à l'ingestion d'un caustique est bien différente des cas du premier groupe et commande un tout autre pronostic.

On peut en résumer l'histoire en quelques mots :

Début brusque, douleurs, vomissements, hémorragies, suivant immédiatement l'ingestion du caustique.

Puis, phase d'obstruction œsophagienne, due en partie à la douleur et surtout à la présence de l'escarre tubulée énorme, gonflée, qui encombre ce qui reste du tractus œsophagien : durée 6 jours.

Puis, le 6e jour, expulsion brusque, dramatique de l'escarre, et sédation immédiate des phénomènes d'obstruction œsophagienne.

Enfin, dernière phase : une sténose œsophagienne progressive s'installe rapidement pour aboutir à la sténose complète.

***

La production d'une escarre aussi étendue et aussi profonde surprend un peu, parce qu'elle est en contradiction avec ce que l'on sait de la physiologie de l'œsophage. On admet, en effet, actuellement que l'œsophage, loin d'avoir ses parois accolées, est, au contraire, un tube béant : le bol alimentaire, dans le 3e temps de la déglutition, est projeté directement du pharynx dans l'estomac, sans toucher les parois de l'œsophage. On ne s'explique guère, dans ces conditions, une brûlure aussi profonde de l'œsophage ; une telle brûlure nécessite, semble-t-il, pour se produire, un contact prolongé du caustique avec les tissus. Rappelons que l'escarre renferme des fibres musculaires de la couche externe striée de l'œsophage.

Doit-on penser à l'apparition d'un spasme réflexe du cardia, qui, pour préserver l'estomac, se ferme, forçant ainsi le caustique à stagner dans l'œsophage ? Dans notre cas, la portion cardiaque de l'œsophage et une partie de la muqueuse stomacale faisaient partie de l'escarre.

Notre malade ayant vomi immédiatement, est-ce donc, dans notre cas, non à l'aller, mais au retour que l'alcali a brûlé l'œsophage ?

Quelle que soit la pathogénie invoquée, il semble bien qu'il faille un séjour prolongé du caustique avec l'œsophage pour produire une escarification si profonde.

Si la question pathogénique est intéressante à discuter, le pronostic de ces cas est d'un intérêt plus grand encore. Tandis qu'en effet, dans les cas où le tube expulsé, fragmenté ou entier, se limite à la muqueuse, la régénération épithéliale est rapide et ne s'accompagne pas de rétrécissement ; ici au contraire, quand l'escarre tubulée expulsée comporte la sous-muqueuse et la muqueuse, les faits démontrent qu'il survient un rétrécissement serré et rapide, en l'espace de 3 semaines.

Le traitement dès lors s'impose ; il faut agir d'une façon précoce, avant que l'oblitération se constitue ; il faut agir, soit par une intervention chirurgicale portant sur l'estomac, soit par la dilatation de l'œsophage. De toute façon, l'œsophagoscopie de Guisez appliquée à ces cas pourrait faire bénéficier les malades d'une intervention rationnelle.

Les réactions cutanées à la tuberculine.

Cuti-réaction. — Intra-dermo-réaction. Leurs résultats.

Par Pierre **LEREBOULLET**,
Médecin des hôpitaux.

Depuis plusieurs années, les réactions générales ou locales provoquées par la tuberculine ont été l'objet de multiples recherches et de nombreuses discussions. Toutes, à la suite d'une période de succès, ont été attaquées et l'on a surtout retenu leurs inconvénients, négligeant les avantages que le diagnostic en pouvait tirer.

Les dangers possibles de l'injection sous-cutanée de tuberculine susceptible, même à faible dose, de provoquer chez certains tuberculeux des poussées fluxionnaires, la difficulté d'apprécier dans certains cas la valeur de la réaction fébrile ont fait réserver cette méthode aux faits dans lesquels l'apyrexie est constante et les moyens cliniques sont impuissants à assurer le diagnostic, à ceux dans lesquels l'observateur peut, heure par heure, suivre les résultats de l'injection.

L'on a cru un moment que les procédés se basant sur les réactions locales à la tuberculine jouiraient d'une vogue plus grande. Escherich avait signalé la réaction à la piqûre, la *Stich-réaction*, qui dans l'injection de tuberculine s'observe souvent au niveau de l'entrée de l'aiguille.

Secondairement, von Pirket imagina et régla la *cuti-réaction*, tandis que peu après, Calmette d'une part, Wolf-Eissner de l'autre, proposaient l'*ophtalmo-réaction* et que de nombreux procédés dérivaient des précédents (dermo-réaction de Lignières, tuberculinisation per-cutanée de Mors, rhino-réaction de Laffitte-Dupont et Molinard, etc.)

De tous ces procédés beaucoup n'ont pas tenu les promesses qu'ils donnaient au début. L'*ophtalmo-réaction*, après avoir obtenu un succès assez grand en 1907, a été peu à peu abandonnée, non que sa technique en soit délicate, mais d'une part les résultats, négatifs ou positifs, sont souvent discutables ; d'autre part, sans parler des accidents oculaires graves qui ont été signalés exceptionnellement, l'intensité même de la conjonctivite qu'elle détermine souvent est un motif suffisant pour ne l'employer qu'avec circonspection. Au surplus, la quantité de tuberculine mise en contact avec la ~~tuberculine~~ conjonctive varie avec chaque malade suivant l'intensité du clignement qui suit l'instillation de la solution, et la méthode à cet égard n'a pas toujours toute la précision désirable. Dans les cas où personnellement je l'ai employée soit chez l'adulte, soit chez l'enfant, il m'est arrivé parfois d'avoir des réactions positives avec la solution de tuberculine au 100e alors que la solution au 200e ne me donnait aucun résultat, ce qui n'indique pas une grande sensibilité de la méthode. Infidèle avec une tuberculine diluée, l'ophtalmo-réaction est

dangereuse avec une tuberculine concentrée. On s'explique donc que peu à peu, son usage, malgré les résultats certainement intéressants qu'elle a donnés, soit tombé en désuétude.

La *cuti-réaction* est au contraire restée à l'étude et jouit actuellement encore d'une meilleure fortune, elle vient d'être l'objet d'une remarquable et complète étude de M. Oppert (1). Après une période pendant laquelle la multiplicité même des résultats positifs obtenus avait fait mettre en doute sa valeur, on reconnaît actuellement qu'il s'agit là d'un procédé commode, surtout chez l'enfant. Inoffensive et assez probante, comme l'a dit Oppert, la cutiréaction paraît être spécifique d'une lésion tuberculeuse évidente ou latente, en évolution ou au repos, ou en voie de guérison, dont l'extension, le degré et l'ancienneté ne sauraient être appréciés grâce à elle seule. On ne peut toutefois la considérer comme un procédé parfait. L'inégalité des scarifications mêlées ou non de sang, la possibilité d'irritation banale superficielle entraînant une auréole un peu rosée avec soupçon d'induration et difficile à distinguer de l'irritation spécifique, l'impossibilité de savoir combien de tuberculine est réellement absorbée, constituent autant d'obstacles à la précision de la méthode. Si, de plus, on se rappelle combien peu la technique de la cutiréaction est unique, combien elle varie avec les observateurs, on voit que, si intéressant que soit ce procédé, il n'est pas actuellement d'une précision suffisante pour que tous ses résultats soient comparables. C'est ainsi que von Pirket, dans ses travaux initiaux, indiquait une technique à laquelle il est resté fidèle et qui diffère notablement de la technique employée en France. Il se sert d'un instrument spécial avec lequel il produit les scarifications très superficielles et limitées qu'il fait au niveau d'un point de la peau, sur lequel il a préalablement déposé une goutte de tuberculine brute, puis il dispose sur la goutte quelques filaments d'ouate afin d'éviter que la tuberculine ne coule. Au contraire, nombre de médecins francais font deux à trois scarifications à la lancette ou au vaccinostyle puis déposent sur la région scarifiée une goutte de tuberculine diluée au 100e ou même à une dose moins élevée et l'étalent avec le vaccinostyle, attendant dix minutes environ avant de recouvrir le bras. On conçoit que la quantité de tuberculine absorbée dans l'un ou l'autre cas soit extrêmement variable puisque le titre de la solution varie de 1 à 100 ; il y a là certainement une infériorité de la méthode au point de vue de la précision des résultats. La cutiréaction par piqûre, employée par certains observateurs, notamment par Comby, et analogue à la vaccination par piqûre, semble déjà plus rigoureuse dans son application. Mais elle aussi se heurte à la critique d'un dosage irrégulier de la quantité de tuberculine injectée.

Aussi bien a-t-il paru utile à M. Charles Mantoux d'apporter une précision plus grande dans la recherche des réactions cutanées à la tuberculine.

Son procédé consiste à injecter dans l'épaisseur même du derme une quantité fixe d'une solution dosée de tuberculine, d'où le nom d'intra-dermo-réaction sous lequel il le désigne (2). Ses recherches fort intéressantes et suggestives ont été l'objet d'une communication récente à l'Académie de médecine de notre maître le professeur Hutinel (3). Nous-même nous avons eu, l'été dernier, l'occasion de vérifier la facilité avec laquelle cette technique peut être employée et d'en contrôler les résultats. Quelle que soit la signification, sur laquelle nous reviendrons, de cette nouvelle réaction à la tuberculine qui au surplus se rapproche de la Stich-réaction de Escherich et de celle qu'emploie Hamburger, l'ingénieux procédé de Mantoux nous a paru de beaucoup celui qui permet d'étudier la réaction cutanée à la tuberculine avec le plus de précision. Nous en étudierons successivement la technique, les résultats et la signification pathogénique, en nous basant en grande partie sur les travaux de Mantoux et la communication du professeur Hutinel.

I.—TECHNIQUE.—Celle-ci est d'une extrême simplicité. L'instrumentation se réduit à une seringue de Pravaz ordinaire, stérilisable, à tige graduée, et munie d'un curseur, c'est-à-dire la seringue du modèle courant, à une aiguille d'acier ou mieux de platine iridié supportant des flambages répétés. La seringue doit être bien étanche, car le liquide, pour pénétrer dans le derme, rencontre une certaine résistance et refluerait facilement derrière le piston si l'ajustement de celui-ci au corps de pompe n'était pas parfait. L'aiguille doit être fine et courte. La solution de tuberculine employée est extrêmement diluée. M. Mantoux se sert en effet exclusivement, et nous nous sommes servi après lui, d'une solution de tuberculine aux 5000e obtenue

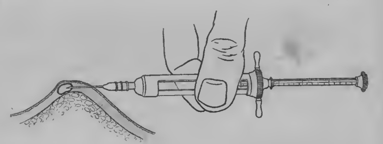


FIG. 2. — *Intra-dermo-réaction à la tuberculine.* — Après avoir plissé la peau, on a introduit dans le derme, presque parallèlement à la peau une aiguille fine et courte, dont la partie biseautée regarde vers le haut. On a ensuité poussé l'injection qui forme boule d'œdème. Le curseur, placé sur une des vingt divisions de la tige graduée, a limité à une goutte la quantité injectée (Mantoux).

en diluant dans 49 centimètres cubes de sérum artificiel une ampoule de 1 centimètre cube de solution mère de tuberculine de l'Institut Pasteur, qui contient elle-même 1 centigramme de tuberculine sèche. De cette solution, on injecte une goutte c'est-à-dire, 1/20 de centimètre cube, correspondant à *un centième de milligramme* de tuberculine. Dans les premières intra-dermo réactions faites par Mantoux les douleurs provenant de la distension du derme par le liquide injecté étaient assez vives ; nous avons pu constater nous-même que c'était le seul inconvénient de la méthode au point de vue technique ; M. Mantoux ajoute maintenant 1/200, soit 25 centigr. pour 50 centimètres cubes, de chlorydrate de cocaïne ou de stovaïne et répartit en ampoules, après stérilisation, sa solution ainsi composée (1). L'injection est alors parfaitement indolore et nous l'avons toujours faite sans déterminer de la part de nos malades aucune espèce de réaction. Elle peut être faite sur une région quelconque des téguments ; les points qui sont le plus favorables à la réaction ont paru à Mantoux être la face antérieure de la cuisse et la région deltoïdienne. Nous nous sommes, pour notre part, adressé surtout à cette dernière région ; à l'endroit choisi, après avoir plissé la peau, on enfonce l'aiguille presque parallèlement

(1) OPPERT. — La cuti-réaction à la tuberculine. Etude clinique, anatomo-pathologique et critique. Thèse de Paris, 1908.

(2) CH. MANTOUX. — Intra-dermo-réaction à la tuberculine. Académie des sciences, 10 août 1908.

(3) HUTINEL. — L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, d'après les recherches de Ch. Mantoux. Académie de médecine, 27 octobre 1908.

(1) Cette solution est d'ailleurs actuellement préparée à l'Institut Pasteur qui en délivre des ampoules prêtes pour l'usage et additionnées de stovaïne à 1/200e.

à sa surface, ainsi que le représente la figure que nous reproduisons. On a soin que le côté biseauté de l'aiguille soit tourné vers l'extérieur et regarde par conséquent vers l'épiderme non vers l'hypoderme quand l'aiguille est en place. Chez les sujets à peau très fine, il arrive que l'aiguille pénètre d'emblée jusque dans l'hypoderme, il suffit, sans la retirer, de relever légèrement sa pointe et d'aborder le derme par sa face profonde ; l'opération en somme est absolument analogue à une injection traçante de cocaïne. L'aiguille bien fixée, on pousse le liquide, qui forme une petite boule d'œdème rapidement résorbé, et c'est l'existence de cette boule d'œdème qui montre que la piqûre à été réussie.

Quand la réaction est positive, elle est toujours d'une extrême netteté ; au bout de quelques heures, apparaît une infiltration seulement perceptible au palper ou déjà visible, de couleur blanche ou rosée ; au bout de 24 heures, l'infiltration est rose ou rouge vif, parfois blanche, œdémateuse, avec sa surface très légèrement granitée. Très rarement elle est piquetée de deux ou trois points purpuriques ; tout autour apparaît une zone érythémateuse.

Il peut arriver qu'après 24 heures, la réaction soit à peine ébauchée et c'est surtout après 48 heures, qu'elle atteint son acmé : nodule central et halo périphérique se sont encore développés ; parfois une zone intermédiaire les sépare.

Les dimensions de la région infiltrée peuvent atteindre et dépasser celle d'une pièce de *deux francs*. Toutefois dans la plupart des cas observés par nous, la zone d'infiltration est restée relativement limitée. A son niveau, la peau est chaude et un peu sensible ; à la pression on peut facilement, en prenant entre les doigts toute la surface cutanée, se rendre compte de l'épaississement dermique. C'est au deuxième jour qu'il atteint son maximum, la réaction régresse ensuite ; les nodules prennent une teinte violacée ou bistrée et se résorbent lentement. Ils restent perceptibles pendant quelques jours et, comme Mantoux, nous les avons vus persister quelques semaines ; nous nous rappelons notamment un nourrisson chez lequel, après deux semaines écoulées, existait encore un large placard d'induration des plus nets ; parfois l'épiderme desquame à son niveau.

Il est des malades chez lesquels la réaction reste légère, rappelant alors, selon la comparaison de M. Mantoux, une papule urticarienne à teinte rosée, ou encore un placard d'érythème noueux, mais ne dépassant pas les dimensions d'un gros pois (1).

Ce sont ordinairement les sujets les plus résistants qui présentent les plus belles réactions et celles-ci, au contraire, restent atténuées chez les cachectiques ou même, comme nous le verrons, peuvent faire défaut.

Dans les cas où la réaction reste négative, le léger traumatisme que la piqûre a provoqué détermine souvent dans les premières heures une vaso-dilatation limitée, avec zone d'induration allongée comme l'est le trajet de l'aiguille. Ces phénomènes s'atténuent rapidement ; ils ont presque toujours disparu après deux jours. Il est impossible de les confondre avec les réactions positives même les moins accentuées. Pour plus de sûreté, il convient de ne conclure sur les résultats de l'intra-dermo-réaction qu'après 48 heures écoulées.

Les phénomènes généraux sont absolument nuls ; nous n'avons jamais vu, pour notre part, de réaction thermique quelconque. Mantoux n'a relevé que deux fois une réaction thermique à 38°3 et à 39°.

(1) Cette analogie avec les placards d'érythème noueux vient d'être mise en relief par MM. Chauffard et Troisier, nous y revenons plus loin.

L'intra-dermo-réaction recherchée en deux points symétriques garde les mêmes caractères. Pratiquée à plusieurs reprises elle se reproduit d'une façon très analogue. Comme l'a remarqué M. le Prof. Hutinel, négative une première fois, elle reste négative quand on la renouvelle, l'épreuve offre donc des caractères de constance que ne présentent au même degré ni la cuti ni l'ophtalmo-réaction ; par contre, on observe avec elle des phénomènes de sensibilisation analogues à ceux qui ont été signalés par MM. Lemaire et Ferrand (1) pour la cuti et l'ophtalmo-réaction.

L'injection sous-cutanée de tuberculine, selon les constatations de MM. Hutinel et Mantoux, fait en effet réapparaître l'intra-dermo, alors qu'elle paraît éteinte ; enfin dans les cas où deux intra-dermo-réactions sont pratiquées l'une avant, l'autre après une injection sous-cutanée de 2 décimilligrammes de tuberculine, la seconde évolue beaucoup plus rapidement que la première.

Telles sont les principales données qu'il faut retenir au point de vue de la pratique de l'intra-dermo-réaction ; cette pratique est remarquable par sa simplicité et par la précision de la dose injectée ; tout au plus peut-on lui reprocher de ne pas faire, à côté de l'injection de tuberculine une injection témoin, permettant d'apprécier les phénomènes par comparaison. Toutefois les constatations préalables ayant établi que rien d'analogue ne s'observe avec l'eau salée ou avec l'eau cocaïnée, on peut tenir comme valable, sous réserves de quelques exceptions, la réaction à l'injection intra-dermique de tuberculine, son caractère positif étant bien dû à la présence de la tuberculine. Reste à dire quels en sont les résultats.

II.—Résultats.— La statistique de Mantoux comprend près de 400 observations, exactement 373 : 47 adultes, 326 enfants au-dessous de 16 ans. 91 d'entre ces observations concernent des malades dont la tuberculose est certaine et qui offraient les formes de localisation les plus variées Tous ont réagi, à l'exception de deux phtisiques cachectiques et d'un méningitique mourant ; 250 autres sujets, ne présentant pas de signe de tuberculose ou que des signes douteux, ont réagi dans la proportion de 50 % (129 exactement, 121 restant saus réaction). L'intra-dermo, comme la cuti-réaction, révèle non seulement la tuberculose cliniquement visible, mais encore le foyer tuberculeux latent, on voit d'ailleurs augmenter avec l'âge d'une façon très probante la proportion des sujets qui, sans présenter de signes nets de tuberculose, réagissent à l'intra-dermo-réaction.

Au-dessous d'un an, on ne trouve guère qu'une réaction positive contre 40 négatives ; d'un à trois ans, la proportion est de plus du quart ; de trois à 7 ans, la moitié réagit, la proportion est encore plus élevée de 7 à 15 ans. Parmi les adultes (toujours d'après Mantoux), chez ceux qui ne présentent pas de signes cliniques de tuberculose, la proportion des réactions positives est moindre que chez les grands enfants, et M. Mantoux a noté 19 cas positifs contre 16 négatifs ; il est probable pourtant que beaucoup de ces sujets qui ne réagissent pas sont porteurs d'anciennes lésions bacillaires. C'est la règle à peu près absolue chez l'adulte, comme l'ont montré des recherches anatomiques nombreuses. Peut-être y a-t-il là, comme l'a remarqué M. Hutinel, un fait d'insensibilité à la tuberculine, par suite d'une vaccination naturelle temporaire ou définitive analogue à celle que Calmette a étudiée récemment chez les bovidés.

Ce qui prouve, selon Mantoux, la signification de l'intra-dermo-réation, c'est non seulement les résultats anato-

(1) Ferrand et Lemaire. — *Presse Médicale*, 28 septembre 1907.

miques relativement peu nombreux, mais toujours favorables à la méthode, mais encore la comparaison à d'autres réactions et notamment à la cuti-réaction qui fut souvent moins sensible que l'intra-dermo réaction, or la cuti-réaction semble actuellement être regardée comme spécifique; c'est enfin l'expérimentation sur l'animal, telle que sur le bœuf, le porc, la chèvre, l'agneau qui a donné à MM. Mantoux et Moussu (1) des réactions extrêmement remarquables à l'aide de la tuberculine au 100°, ou à l'aide de tuberculine plus concentrée ; elle leur a montré que les réactions, d'une extrême netteté, avaient un intérêt pratique considérable chez le bœuf et surtout chez le porc en raison de la facilité avec laquelle on peut chez eux apprécier la tuméfaction cutanée beaucoup mieux que l'on ne peut suivre la réaction thermique, lorsque l'on pratique l'inoculation sous-cutanée.

Selon M. Mantoux, les données cliniques, les résultats obtenus aux différents âges et leur concordance avec la progression de l'infection tuberculeuse, la comparaison avec les autres réactions, l'expérimentation sur l'animal, démontrent donc que l'intradermo-réaction est spécifique et d'une extrême sensibilité.

Nos résultats personnels, pour porter sur un nombre de cas beaucoup moins considérable que ceux de M. Mantoux, sont néanmoins assez comparables. Chez l'adulte, nous avons recherché l'intra-dermo-réaction chez 17 hommes et 20 femmes ; parmi les hommes, 13 nous ont donné des réactions nettement positives, 4 n'ont donné aucune réaction. Sur les 13 réactions positives, 7 concernaient des tuberculeux avérés, et sur les 7 autres, 4 avaient trait à des sujets que l'on pouvait regarder raisonnablement comme atteints de tuberculose ; 3 autres concernaient un paralytique général, un malade atteint de cirrhose de Laënnec, un éthylique, c'est-à-dire des sujets susceptibles de présenter un foyer latent de tuberculose. Des 4 réactions négatives, aucune ne concernaient des tuberculeux avérés ou probables.

Sur les 20 femmes auxquelles nous fîmes l'intradermo-réaction, 11 présentèrent une réaction positive, dont 6 bacillaires avérées, une malade atteinte d'infection pulmonaire aiguë, une atteinte d'asthme, une présentant une arthrite aiguë de la hanche de nature indéterminée, une eczémateuse, une leucémique. Dans aucun cas l'existence de la tuberculose ne pouvait être formellement rejetée. Quant aux faits négatifs, 5 concernaient des femmes qui n'étaient nettement pas tuberculeuses, 4 au contraire avaient trait à des tuberculoses à une période avancée de leur évolution ; mais la cachexie des malades suffisait à expliquer l'absence de réaction.

Sur les 14 enfants que nous avons examinés, 9 étaient déjà grands et 7 présentèrent une réaction positive ; de ce nombre, 6 semblaient bien tuberculeux ; un seul présentait un lymphosarcome testiculaire et ganglionnaire, nous reviendrons sur ce dernier cas. Un enfant eut une réaction négative. L'évolution de sa maladie montrait qu'il était atteint de fièvre typhoïde. Un autre, dont la réaction fut également négative, pouvait cliniquement être considéré comme suspect de tuberculose, mais l'évolution des accidents chez lui a démenti ce diagnostic. A la crèche, 5 enfants furent examinés par cette méthode : un seul, qui présentait nettement le syndrome de Marfan et Avirragnet, (tuberculose généralisée apyrétique avec micro-poly-adénite) a réagi positivement et garda cette réaction pendant plusieurs semaines.

Nos résultats seraient par suite tout à fait favorables à la conclusion de M. Mantoux, s'il ne s'était produit une exception assez difficile à expliquer : un de nos malades, en effet, atteint de tumeur des deux testicules avec adénopathies multiples, avait été soumis par nous à la cuti-réaction, puis à l'intra-dermo-réaction ; chez lui les deux réactions furent remarquablement positives et intenses, persistant longtemps à tel point que leur présence contribua à nous faire admettre tout d'abord l'hypothèse d'une tuberculose ganglionnaire généralisée avec tuberculose testiculaire, puis, lorsque l'ablation d'un ganglion vint démontrer (1) l'absence de tuberculose ganglionnaire, l'existence de ces réactions nous fit croire à la possibilité d'une tuberculose latente. A l'autopsie, une analyse extrêmement attentive de l'état des poumons, des ganglions trachéobronchiques et des autres organes, vint nous montrer l'absence complète de tuberculose ; il semble donc bien que dans ce cas, l'intra-dermo-réaction ait été en défaut. Malgré ce cas, d'ailleurs un peu spécial, du fait de la nature même des accidents présentés, l'ensemble des résultats que nous avons pu observer, tant chez l'adulte que chez l'enfant, est bien en faveur de cette nouvelle méthode.

III. — Signification pathogénique. — La sensibilité extrême de l'intra-dermo-réaction rend en médecine son interprétation assez délicate et l'on peut se rallier dans l'ensemble aux conclusions émises récemment par MM. Hutinel et Mantoux, qui confirment celles de M. Oppert au sujet de la cuti-réaction.

Il semble tout d'abord qu'il faille envisager la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction comme une réaction organique devant l'injection de tuberculine, réaction qui, comme toutes les réactions organiques, ne se présente pas avec une absolue constance. La cuti-réaction paraît être spécifique d'une lésion tuberculeuse évidente ou latente, en évolution ou au repos, dit Oppert, mais c'est une simple constatation anatomique, *in vivo* ; en d'autres termes, elle indique la toxi-infection tuberculeuse et non la maladie.

« Elle paraît être l'expression d'une défense de l'organisme et les variations d'intensité, de durée, d'incubation semblent mesurer les oscillations, la capacité de résistance du sujet » (Oppert).

« Un sujet atteint de tuberculose grave cesse de réagir aux approches de la mort. Une forte réaction chez un tuberculeux peu avancé peut être un indice favorable. Sa disparition un certain temps après une réaction positive indique peut-être un processus de guérison ». Il convient toutefois de ne pas être dès maintenant trop affirmatif et von Pirquet, le promoteur de la méthode, concluait encore récemment que la réaction positive n'apprend rien de plus que le fait de l'infection tuberculeuse (2).

La recherche de son mécanisme semble indiquer qu'elle relève d'hypersensibilisation avec anaphylaxie locale. Von Pirquet l'a justement rapprochée de la réaction vaccinale ; il avait vu que si un individu réagit au bout de 24 heures à l'inoculation vaccinale, ce ne peut être que parce qu'il a déjà antérieurement fabriqué des anticorps contre la vaccine ; la réaction vaccinale précoce permet, selon lui, de faire le diagnostic de vaccination jennérienne antérieure. De même la cuti et l'intra-dermo-réaction extériorisent sans doute l'apparition plus ou moins rapide, plus ou moins active, plus ou moins fugace, d'anticorps tuberculeux et, comme le dit Oppert, c'est du conflit local des anticorps et de l'antigène que résultent les phénomènes inflam-

(1) Moussu et Mantoux. — Intra-dermo-réaction à la tuberculine chez les animaux. *Soc. centrale de médecine vétérinaire*, 15 oct. 1908.

(1) Un fragment de ganglion anatomiquement et histologiquement non tuberculeux fut inoculé au cobaye. Cette inoculation est restée négative.

(2) Von Pirquet. — Sur les relations qui existent entre la tuberculino-cuti-réaction et la réaction vaccinale précoce. (*Bulletins de la Soc. Méd. des hôp.*, 18 décembre 1908.)

matoires de la réaction. En d'autres termes, la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction doivent être rapprochées, dans leur signification, d'autres réactions telles que la séro-réaction agglutinante; on sait que celle-ci, pour ce qui est du moins de la tuberculose, fait défaut dans nombre de tuberculoses aiguës, est surtout marquée et nette dans les tuberculoses chroniques et relativement peu avancées. Toutes proportions gardées, il semble que la cuti-réaction fasse aussi défaut lorsque l'individu est saturé de tuberculine sous l'influence de tuberculose aiguë ou de tuberculose chronique arrivée à la phase cachectique. On ne la trouve pas non plus ou rarement chez les sujets atteints de certaines autres affections au premier rang desquelles il faut placer la rougeole. Aussi ne faut-il pas demander à cette réaction des résultats toujours et constamment en rapport avec l'observation clinique. Ces remarques faites à propos de la cuti-réaction s'appliquent de tous points à l'intra-dermo-réaction et l'on peut à cet égard distinguer, les cas où l'intra-dermo-réaction est positive, ceux où elle est négative.

Lorsque l'intra-dermo-réaction est positive chez un sujet présentant une affection quelconque, atteint d'arthrite, d'adénopathie, de bronchite par exemple, il ne faut pas conclure que l'arthrite, l'adénopathie ou la bronchite sont de nature tuberculeuse parce que la réaction est positive. Elle indique seulement l'existence d'un foyer tuberculeux sans en déterminer la localisation, et c'est pourquoi cette intra-dermo-réaction positive ne peut avoir qu'une signification très relative chez l'adulte, vu l'extrême fréquence des foyers tuberculeux latents. En revanche, chez les enfants du premier âge, chez lesquels la tuberculose est rare, l'intra dermo-réaction positive peut aider à soupçonner la tuberculose et, sinon faire affirmer le diagnostic, du moins le faire regarder comme probable; dans tous les cas où nous l'avons recherchée, notre conclusion dans ce sens a été justifiée par l'évolution de la maladie. Seul, fait exception le cas que nous signalons de tumeur testiculaire ; encore peut-on se demander si ce cas ne pourrait être interprété comme un fait dans lequel, devant toute inoculation intra-dermique, quelle qu'en soit la nature, le malade aurait réagi. Il ne nous semble pas qu'il puisse à lui seul faire écarter tous les résultats de l'intra-dermo-réaction.

Lorsque l'intra-dermo-réaction est négative, cela ne veut pas dire non plus que la tuberculose soit certainement absente ; néanmoins il s'agit là d'un argument de premier ordre en faveur de cette absence, surtout si plusieurs inoculations successives restent négatives. Toutefois l'on doit se rappeler qu'au cours de la rougeole, cette réaction fait constamment défaut, alors même que le sujet est notoirement tuberculeux (von Pirquet, Mantoux, Harvier, etc.) (1), et que de même, selon von Pirket, au cours de la variole ou de la vaccine, la cuti-réaction disparaît ; il semble donc que l'on ne doive pas la rechercher chez des sujets atteints d'affection aiguë fébrile ou d'affection à localisation cutanée; de même il faut se rappeler que l'intra-dermo-réaction peut faire défaut, comme la cuti réaction, lorsque le malade est atteint de tuberculose aiguë généralisée ou localisée ou de tuberculose chronique cachectisante ; la tuberculinisation intensive que présentent alors les malades les rend insensibles à l'action de faibles doses de tuberculine ; mais, dans ces cas, le diagnostic est rarement embarrassant ; si nous les signalons, c'est que récemment on a pensé dans un certain nombre de faits à rechercher la cuti-réaction chez certains méningitiques ou chez certains enfants atteints de granulie, alors que ces états sont particulièrement peu propres à l'apparition de la réaction. Si l'on écarte ces cas, si l'on ne pratique pas l'intra-dermo-réaction chez des sujets atteints d'affection aiguë intercurrente, l'absence de toute réaction positive semble pouvoir permettre d'écarter le diagnostic de tuberculose en activité, ce qui peut avoir une grande importance pratique.

En résumé nous croyons que ces méthodes de réaction cutanée à la tuberculine ne doivent pas être considérées comme devant se substituer à la clinique, mais que, contrairement à l'ophtalmo-réaction souvent pénible, sinon dangereuse, souvent infidèle dans ses résultats, elles peuvent apporter un argument nouveau en faveur ou contre le diagnostic de tuberculose. La cuti-réaction est d'une sensibilité déjà très grande, mais l'intra-dermo-réaction doit lui être substituée dans tous les cas où elle peut être appliquée, en raison même de sa sensibilité et de sa précision ; il ne faut toutefois attribuer à une réaction positive de valeur qu'autant qu'elle survient chez l'enfant très jeune, son interprétation chez l'adulte restant plus complexe ; sa présence ne peut en effet donner d'indication nette sur la localisation du foyer tuberculeux, et elle est souvent le fait d'une tuberculose latente.

Lorsque l'intra-dermo-réaction est négative, elle doit faire éliminer presque sûrement la tuberculose, mais il faut bien savoir que les cachectiques, les moribonds, les rougeoleux et peut-être d'autres sujets atteints de maladies cutanées peuvent ne pas présenter de réaction.

Un dernier point a été mis en lumière par M. Mantoux : c'est que, en montrant l'intensité des réactions locales à la tuberculine, l'intra-dermo-réaction permet dans une certaine mesure de juger de la sensibilité du sujet ; à cette époque, où la pratique des injections de tuberculine à doses minimes dans un but thérapeutique recommence à être discutée, il n'est pas inutile de se rendre compte, par l'inoculation cutanée préalable, des réactions probables des sujets à cette épreuve. A bien des titres donc l'intra-dermo-réaction à la tuberculine, telle que la technique en a été fixée par M. Mantoux, mérite d'être conservée en clinique et de tous les procédés présentés dans ces dernières années, et spécialement de tous ceux ayant trait à l'inoculation cutanée de la tuberculose elle semble la plus pratique et la plus susceptible d'entrer dans la clinique courante. Même si une étude ultérieure plus étendue devait restreindre la signification des résultats ainsi obtenus, elle n'en resterait pas moins une méthode susceptible de fournir des renseignements utiles (1), tout en étant d'une innocuité parfaite, ce qui n'est pas le cas de la plupart des autres procédés conseillés dans ces dernières années.

(1) Hutinel. — Rougeole et tuberculose, *Journal des Praticiens*, 5 décembre 1908. Von Pirquet admet à ce propos que les antitoxines tuberculeuses sont absorbées, neutralisées par les poisons morbilleux ; l'absence d'anticorps entraîne l'absence de réaction ; il est malheureusement à cette interprétation séduisante quelques objections mises en relief par M. Hutinel.

(1) Elle pourra sans doute éclairer dans nombre de cas les relations de certaines réactions cutanées avec la tuberculose, et tant par le caractère positif de la réaction que par la qualité de l'induration obtenue, permettre d'affirmer la nature de certaines tuberculides cutanées. Déjà d'ailleurs, elle a été employée dans ce but, et depuis que cette note était écrite, MM. Chauffard et Jean Troisier ont apporté à la Société Médicale des hôpitaux (15 janvier 1909) un fait d'érythème noueux dans lequel ils ont pu, par intra-dermo réaction, déterminer un véritable érythème noueux expérimental. Leurs réflexions, celles faites par M. Laignel-Lavastine le 22 janvier, confirment ce que nous disons de l'utilité probable de l'intra-dermo-réaction dans l'étude pathogénique de certaines affections cutanées.



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une nouvelle maladie : la déléganomanie.

Tout récemment, je rencontrai un confrère, dont l'humeur égale rendait le commerce agréable ; mais précisément ce jour-là, sa gaîté l'avait quitté, et il allait mélancoliquement devant lui. Intrigué par ce changement d'allure, je lui en demandai le motif, et il ne fit aucune difficulté pour l'avouer : c'était encore l'éternelle question de la réforme de l'agrégation. A ces mots, j'esquissai un rapide mouvement de retraite ; mais mon ami, me prenant par le revers de la redingote, me tint solidement près de lui ; et il me fallut bon gré mal gré écouter sa petite histoire : « J'étais heureux, me dit-il, et je lisais d'un œil amusé le compte rendu de toutes les démarches que firent les diverses délégations, au sujet du projet de réforme de l'agrégation. Il y eut d'abord celle des professeurs, puis celle des agrégés, suivie de celles des candidats admissibles, des candidats non admissibles, de la société de l'internat, des divers syndicats médicaux, de toutes les associations corporatives ou non des étudiants de France. Et à chaque délégation, le ministre répondait par des phrases très aimables, les assurant que notre illustre confrère, M. le Premier, était de cœur avec eux, etc. Et puis on n'entendait plus parler de quoique ce soit. C'est à ce moment, ajouta mon interlocuteur, que je reçus la visite de X.., qui me tint à peu près ce langage : Tu es au courant de la question de la réforme, grâce aux nombreux et contradictoires articles parus dans la grande presse quotidienne ; mais n'as-tu pas remarqué que chaque délégation était plus ou moins intéressée dans la question et que seuls, les modestes praticiens indépendants que nous sommes, n'ayant jamais songé à devenir agrégés, avions observé un silence coupable. Notre avis est absolument indépendant, d'autre part nous avons une certaine expérience, pour avoir vieilli de longues années, sur les bancs de la Faculté, aux diverses conférences des agrégés. Nous devons donc donner au ministre nos indications, car elles sont exemptes de tout parti - pris. X.., parla longtemps encore avec feu de tout cela, si bien que je finis par partager son enthousiasme.

A mon tour, je crus bon d'ajouter quelques réflexions : « Ne pourrions pas proposer certaines réformes ; ainsi le recrutement du jury, non pas tiré au sort, ce qui est la chose la plus juste dans un concours, mais choisi par un juge toujours le même n'enlevait-il pas tout espoir à quiconque n'était-pas l'élève de près ou de loin du grand juge ? Donc tirage au sort du jury, augmentation du nombre de ses membres.— D'autre part ne se lamente-t'on pas de l'aridité ou de l'inutilité de certaines épreuves ? Mais pourquoi ne pas simpliplifier le concours, ainsi que me l'exposait un jour un de nos bons amis, agrégé du meilleur teint ? Tous les trois ans, on donnerait un certain nombre de questions d'actualité ; et chaque candidat choisirait celle qui l'intéresse le plus, la travaillerait, l'expérimenterait pendant trois ans. Ses recherches seraient imprimées, lues par tout le monde, le meilleur jury indépendant. Puis à la suite d'une première élimination, une simple épreuve orale, après mûre réflexion dans son cabinet, afin de juger des qualités didactiques du candidat.— Mais plus je m'échauffais, plus X... souriait vaguement ; son esprit était ailleurs. Il me promit cependant de tenir compte de mes réflexions, me demanda ma signature, et partit fort affairé. A quelques jours de là, je lus sur mon journal que le syndicat des praticiens indépendants avait délégué une commission présidée par X.., vice-présidée par Y.., etc., au ministre de l'Instruction Publique. Celui-ci avait écouté avec bienveillance tout ce qui lui avait été dit, avait promis d'étudier la question et assuré que M. le Premier était avec nous. Et puis je n'entendis plus parler de rien. Cependant ces jours-ci, je lus aux nouvelles de mon fidèle *Progrès* que X... et Y..,étaient promus officiers de l'Instruction publique ; le secrétaire et le trésorier de la délégation, officiers d'Académie ; l'archiviste, chevalier du Mérite agricole. Chacun des signataires recevait la médaille de la mutualité. Autrefois tout se terminait par des chansons ; maintenant c'est par des décorations, mais le résultat est le même. F. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur l'ingestion de sérum hémopoïétique dans certaines anémies post-hémorragiques ;

Par **Mlle Cl. DEFLANDRE.**
Docteur ès sciences.

Dans une série de notes antérieures, nous avons étudié, avec M. P. Carnot, l'activité hémopoïétique du sérum prélevé au cours de la régénération du sang. Nous avons montré que le sérum d'animaux préalablement saignés, prélevé en pleine crise hématique de régénération, provoque chez les animaux neufs une augmentation globulaire rapide et considérable.

Dans la plupart des cas, l'injection, chez le lapin, de 5 c. c. de sérum, produit, en 2 ou 3 jours, une augmentation d'environ 1 à 3 millions d'hématies par mmc. Cette hyperglobulie diminue lentement et persiste d'un à deux mois environ.

Avec M. Carnot, nous avons appliqué cette méthode au traitement des anémies en injectant, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, le sérum hémopoïétique ainsi préparé. Par cette technique, on obtient, très rapidement, chez le malade injecté, des augmentations globulaires considérables, atteignant de 1 à plusieurs millions d'hématies par mmc. et se maintenant de 3 semaines à 2 mois.

Nous n'avons publié que les premiers cas traités : mais les très nombreuses observations, recueillies par nous et par d'autres auteurs depuis trois ans, feront ultérieurement l'objet d'un travail d'ensemble, qui permettra de préciser la portée générale de la méthode.

Nous désirons, dès maintenant, appeler l'attention sur deux modifications de technique que nous avons proposées avec M. Carnot et qui nous paraissent susceptibles de simplifier beaucoup, au point de vue pratique, l'application thérapeutique de cette méthode.

a)— En premier lieu, on peut utiliser, comme sérums hémopoïétiques, les *sérums antitoxiques non chauffés* qui sont préparés dans les Instituts bactériologiques. On sait que les animaux producteurs de sérum sont soumis à des séries de saignées successives, en sorte que leur sang est, à ce moment précis, en pleine période de rénovation et contient les hémopoïétines que nous avons décrites. On peut donc se dispenser parfois ainsi de la préparation spéciale d'un sérum hémopoïétique, bien que celui-ci, soit, généralement, beaucoup plus actif.

Nous nous sommes adressés, notamment, au *sérum antidiphtérique desséché*, préparé par l'Institut Pasteur de Lille, et que M. Deléarde nous a très obligeamment procuré. Les chevaux immunisés contre la diphtérie sont, en effet, saignés régulièrement toutes les 2 ou 3 semaines et l'on retire, à chaque saignée, 5 à 6 litres de sang.

b) — En second lieu, nous avons cherché à faire *ingérer* ce sérum au lieu de l'injecter par voie sous-cutanée ou intraveineuse. Nous avons, en effet, montré, avec M. Carnot, que le sérum hémopoïétique, absorbé par voie digestive, gastrique ou rectale, tout en perdant une grande partie de son activité, conserve cependant une certaine action. Mais comme on peut en administrer ainsi de beaucoup plus grosses quantités, il est facile de compenser largement cette perte partielle d'activité.

***

Nous avons fait ingérer une assez forte quantité de sérum anti-diphtérique, frais ou desséché, dans des cas où il nous paraissait, thérapeutiquement, utile de provoquer une rénovation globulaire.

Nous avons, en particulier, utilisé cette méthode dans certaines *anémies post-hémorragiques*.

Nous l'avons notamment appliquée dans certains cas de déglobulisation consécutifs à des règles trop abondantes ou trop prolongées.

On peut, en effet, constater, chez beaucoup de femmes, pendant et après la période menstruelle, des variations du nombre des hématies beaucoup plus importantes qu'on aurait pu le penser ; souvent, dès le premier jour des règles, il se produit une diminution des hématies qui, vers le quatrième ou cinquième jour, dépasse un million 1|2 par millimètre cube.

Après les règles, la proportion des hématies remonte progressivement ; mais la période anémique se prolonge, et ce n'est qu'après 15 jours environ que l'équilibre globulaire est définitivement rétabli : il y a donc un espace de temps relativement court jusqu'à l'hémorragie menstruelle suivante, et la femme se trouve, pendant la moitié de sa vie, en état d'insuffisance globulaire avec toutes ses conséquences (faiblesse, anémie, tendance aux syncopes, etc.).

Dans le but de raccourcir, chez les anémiées, la période de réparation sanguine, nous avons fait ingérer, après la période cataméniale, du sérum antidiphtérique desséché. Dans toutes nos expériences, les résultats ont été positifs ; nous avons obtenu, chaque fois, une augmentation des hématies beaucoup plus rapide que par le processus simplement normal ; cette augmentation n'a pas été passagère, mais a duré tout le mois jusqu'à la nouvelle baisse physiologique provoquée par les règles suivantes.

Dans une première observation, par exemple, et avant les règles, le nombre des hématies était de 4.700.000 par mm. c. ; le premier jour des règles, il descendit à 4.588.000 le second jour à 4.110.600, le troisième jour à 3.658.000. La malade prend alors chaque jour 2 gr. de sérum antidiphtérique desséché (1 cachet de 1 gr. le matin, un de 1 gr. le soir), en ayant soin de les prendre entre les heures des repas ; le nombre des globules rouges remonte presqu'aussitôt à 4.110.000, à 4.588.000 le 4e jour, à 4.712.000, le 6e jour, à 4.898.000 le 7e jour ; on cesse alors le sérum : pendant tout le mois, le nombre des hématies varie à peine et oscille entre 4.836.000 et 4 900.000.

Dans une 2e observation, avant les règles, le nombre des hématies était de 4.898.000 ; le premier jour des règles il est de 4.839.830, le second jour de 4.185.000, le troisième jour de 3.651.800, le quatrième jour de 3.390.000, le cinquième jour de 3.558.000. La malade prend alors 4 gr. de sérum antidiphtérique desséché (dose deux fois plus forte que dans l'expérience précédente) ; l'augmentation du nombre des hématies est plus considérable que dans le 1er cas et semble proportionnelle à la quantité de sérum ingéré. Le chiffre globulaire monte, en effet, successivement à 4.526.000, puis le second jour à 4.805.000, le troisième jour à 4.898.000 ; la malade arrête alors le sérum ; le jour suivant, le chiffre des hématies est de 5.146.000 ; ce chiffre reste à peu près stationnaire pendant tout le mois.

Dans une 3e observation le chiffre des hématies est, après les règles, de 4.123.090 ; la malade prend, en ingestion, 4 gr. de sérum antidiphtérique desséché pendant trois jours seulement. Le chiffre est de 4.960.000, puis 5.089.000 et 5.146.000, le 3e jour : on arrête alors le sérum ; deux jours après : 5.239.000, puis le nombre des hématies diminue un peu, mais il est encore, 10 jours après, de 5.115.000.

Les résultats obtenus par ingestion de sérum sec sont donc de même ordre qu'après ingestion sous-cutanée.

Le docteur Dufour (de Fécamp) a bien voulu essayer cette méthode chez quelques-unes de ses malades anémiées et leur donner, par ingestion, du sérum anti-diphtérique : quoi que non accompagnés de numérations globulaires, les résultats cliniques qu'il a obtenus sont fort intéressants.

Une première observation concerne une femme de 30 ans, IV pare, sujette à des menstruations très abondantes, et qui était habituellement longtemps à se remettre à la suite de ses couches. A la suite d'une fausse couche de 3 mois, elle eut, avant, pendant et après le travail d'expulsion, des pertes sanguines très intenses qui l'épuisèrent rapidement.

Les 5e, 6e et 7e jours après ses couches, elle ingéra du sérum anti-diphtérique (un flacon de 10 c.c. dans un verre à liqueur d'eau aromatisée, pendant 3 jours). Chaque injection fut suivie d'une sensation d'euphorie générale : les forces et les couleurs revinrent rapidement, et au 14e jour, elle put reprendre ses occupations familiales. Jamais, a-t-elle répété, à diverses reprises, elle ne s'était remise aussi vite.

Une 2e observation du Dr Dufour concerne une femme de 40 ans qui eut de violentes hématémèses à la fin de novembre 1908 ; elle s'anémia considérablement : la face, les muqueuses buccale, labiale et palpébrale, les pavillons de l'oreille étaient exsangues ; la malade ne se levait que peu de temps chaque jour et avec difficulté. Elle prit alors, chaque jour, un flacon de sérum anti-diphtérique pendant 3 jours consécutifs. On constata les mêmes sensations d'euphorie et de chaleur que dans l'observation précédente, survenant 3 heures environ après l'ingestion de sérum ; 8 jours après, les muqueuses étaient beaucoup plus colorées et la convalescente pouvait, sans fatigue, aller et venir. Son entourage familial se montra très frappé du changement rapide de coloration qui s'est produit en elle.

Dans deux autres observations du Dr Dufour, il s'agit de métrorrhagies post-puerpérales très abondandes :

Dans un cas, la malade, très anémiée par une déglobulisation rapide après un accouchement, prit, à 24 heures de distance, 3 flacons de sérum anti-dipthérique : elle nota les mêmes phénomènes d'euphorie immédiate et reprit ses couleurs et ses forces beaucoup plus vite qu'aux grossesses antérieures.

Dans un autre cas, il se produisit des pertes excessives avec lipothymies inquiétantes, 2 heures après la déli-

vrance : pour lutter contre la faiblesse extrême de la malade, on lui fit absorber 3 flacons de sérum antidiphtérique : les couleurs et les forces revinrent avec une rapidité très remarquable et qui impressionna vivement l'entourage de la malade.

***

Les diverses observations précédentes n'auraient, en elles-mêmes, qu'une valeur relative si elles ne corroboraient pas ce qu'ont déjà montré les très nombreuses injections de sérum hémopoiétique. L'ingestion de sérum hémopoïétique frais ou desséché donne donc des résultats de même ordre, quoique moins importants, que l'injection de ce même sérum.

Par là même, notre méthode est rendue plus maniable et plus facilement applicable par le praticien, puisqu'il suffit de *faire ingérer au malade du sérum antidiphtérique* frais et non chauffé, provenant d'un cheval ayant subi une série de saignées successives.

L'innocuité absolue de cette ingestion, l'absence notamment d'accidents sériques, permettent d'en essayer pratiquement l'usage dans les différents cas où l'on doit combattre la déglobulisation sanguine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance de 1er février 1909.

Recherches sur la contagion de la tuberculose par l'air. — MM. ***Lenoir*** et ***J. Camus***, en reprenant l'étude de la propagation du bacille de Koch dans les salles de tuberculeux, sont arrivés aux mêmes conclusions que les auteurs plus anciens ; la tuberculose est contagieuse par l'air et les poussières desséchees, et ceci à plusieurs mètres de distance des lits des tuberculeux. Cependant le pourcentage des animaux contaminés par exposition dans ces salles d'hôpitaux n'est que de 1/3 des animaux exposés, moins élevé par conséquent que celui fourni par les expériences de Strauss ; il est néanmoins suffisant pour justifier les mesures qui ont pour but de diminuer ce mode de contagion.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1909.

De l'interdiction des arsenicaux en agriculture. — La discussion continue.

Successivement, MM. ***Pouchet, Henriot, A. Gautier***, plaident pour l'interdiction absolue.

MM. ***Weiss, Pinard, Raillet***, demandent que la preuve soit faite, de façon indiscutable, au besoin par une enquête supplémentaire, des dangers résultant de l'emploi des arsenicaux en agriculture.

Au vote, l'Académie adopte, par 35 voix contre 29, l'amendement de M. ***Weiss***. Par cet amendement, l'Académie, vu l'importance des intérêts en jeu, et estimant qu'elle n'est pas suffisemment renseignée sur les accidents dus à l'emploi des arsenicaux en agriculture, décide de procéder à une enquête médicale à ce sujet.

Spondylose rhizomélique. Rhumatisme ankylosant vertébral. M. ***Raymond*** lit un rapport sur un travail présenté par M. ***Oddo*** (de Marseille), où sont citées deux observations. Il se demande s'il est légitime de donner une individualité nosographique aux différents types de lésions ostéoarticulaires de la colonne vertébrale. Il propose le terme général de « maladies ankylosantes du rachis et des membres ».

Un procédé pratique et économique pour la sulfuration des navires. — MM. ***Chantemesse*** et ***Borrel***.

Police sanitaire et devoir social. — M. ***Strauss***.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 janvier

Pouls lent permanent avec lésion du faisceau de His. — MM. ***Soucques*** et ***Pléné*** ont observé un syndrome de Stokes-Adam, caractérisé par de rares attaques syncopales et épileptiformes et une bradycardie très prononcée, permanente, régulière et invariable. Les tracés des jugulaires et de la radiale révèlent l'existence d'un Herzblock partiel.

Cinq ans après la première constatation du syndrome, le malade, âgé de 67 ans, mourut subitement dans une syncope. Autopsie : foyer fibrocalcaire dans la cloison interventriculaire, immédiatement au-dessous de la ligne d'insertion de la grande valve mitrale, à un niveau correspondant au passage du faisceau de His. Cette observation confirme la théorie angiocardique du pouls lent permanent par destruction du faisceau de His.

Injection intrarachidienne du sulfate de magnésie dans le tétanos. — M. ***Debré*** a soigné une fillette, 8 ans, atteinte de tétanos aigü grave, par injection de sulfate de magnésie dans l'espace arachnoïdien. La première injection a amené une sédation de tous les phénomènes pendant trente heures, au bout de ce temps, les accidents reviennent sous une forme suraiguë et entraînent la mort. Par conséquent il faudra renouveler l'injection au bout de 24 heures, même si la sédation persiste. Du reste, la mort peut survenir sans que les contractures aient réapparu.

Symphyse cardiaque, syndrome surrénovasculaire, anévrysme du cœur. — MM. ***Josué*** et ***Paillard***. — Malade, 64 ans, mort de bronchopneumonie. Autopsie : série de lésions complexes : gros cœur de 850 gr., avec symphyse péricardique étendue ; à la pointe du ventricule gauche, anévrysme de la grosseur d'une mandarine ; artère coronaire anterieure oblitérée ; art. cor. post. perméable ; aorte athéromateuse ; capsules surrénales énormes, très hyperplasiées, manifestement en état de suractivité fonctionnelle, reins légèrement scléreux avec quelques altérations de néphrite aiguë dues à l'infection terminale.

Chez ce malade il y a donc association nette entre les lésions cardiaques et rénales. La marche chronologique des accidents peut avoir été la suivante : symphyse cardiaque; hyperplasie des surrénales, avec hypersécrétion d'adrénaline provoquant des lésions d'artériosclérose de l'aorte et des coronaires. La coronaire antér. oblitérée a entraîné l'anévrysme cardiaque.

Ictère grave streptococcique. Formule hématologique des ictères hémolytiques, avec réaction granuleuse retardée.— M. ***Sacquépée***. — Un malade présente des phénomènes inflammatoires locaux (abcès de la cuisse) et des symptômes généraux : ictères, fièvre, délire, insomnie, prostration, oligurie, hématurie ; en un mot, ictère grave.

Guérison. Au point de vue bactériologique : streptococcie. Examen hématologique : formule des ictères hémolytiques. On a pu observer l'apparition et la disparition des altérations sanguines. La poussée d'hématies granuleuses n'est apparue que tardivement.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1909.

Le mercredi 3 février. a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie, sous la présidence de M. ***Nélaton***, président sortant.

M. ***Nélaton*** a rappelé en termes émus les membres de la Société décédés au cours de l'année et souhaite la bienvenue aux nouveaux élus.

M. ***Ricard***, secrétaire annuel, a rappelé les travaux de la Société et exposé brièvement les résultats acquis résumant les conclusions des grandes discussions de l'année.

Enfin M. ***Rochard***, secrétaire-général, a fait l'éloge du Pr Terrier.

Le Président a proclamé avant de lever la séance les noms des lauréats de la Société :

Prix Laborie : mention très honorable à M. Chevassu pour un travail intitulé : *Les tumeurs de la glande sous-maxillaire.*

Prix Duval : est attribué à M. de Fourmestraux pour un travail intitulé : *Accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive.*

Prix Dubreuil : à M. Le Fort pour son travail intitulé : *Du genu recurvatum.* — Encouragement à M. Claeys pour sa thèse intitulée : *De la tuberculose du coude chez l'enfant.*

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 février 1909.

Eléphantiasis de la verge. — MM. ***Jacquet*** et ***Barré*** présentent un malade, dont l'observation avait été rapportée, dans une séance précédente, par MM. Courtois-Suffit et Brun.

Ce malade a été traité tout d'abord, pour son éléphantiasis par des injections de fibrolisine, sans aucun résultat. MM. Jacquet et Barré, qui pensent que cet éléphantiasis doit être considéré comme un œdème aigu électif lié à une forte albuminurie, ont traité ce malade par le régime lacté absolu, par l'horizontalité, par des compressions méthodiques de la verge et par des scarifications. Sous l'influence de ce traitement, on constate aujourd'hui une grande amélioration.

M. ***Jeanselme*** est d'avis que la non-constatation de la filaire dans le sang ne peut complètement faire rejeter le diagnostic d'éléphantasis filarien, car l'examen n'a pas été fait au moment des poussées fébriles.

Dermatite bulbaire chronique localisée aux mains, à la face, au cou, avec vitiligo et sclérodermie symétriques. — MM. ***Balzer*** et ***Boye*** présentent un malade porteur de deux sortes de lésions ; d'une part des ecchymoses de la face dorsale des mains, dont la peau est remarquablement sensible, d'autre part, des plaques de vitiligo dont certaines s'accompagnent de sclérodermie. Elles siègent sur la face et le cou.

Probablement, il s'agit dans ce cas d'une dermatite bulleuse chronique localisée, quoi que le malade ne présente ni douleur, ni prurit marqués, dermatite qui s'accompagne de troubles trophiques accentués, tels que placards de vitiligo et sclérodermie symétriquement disposés au cou et à la face.

Le fait paraît actuellement bien difficile à classer.

Maladie de Dühring avec lésions oculaires graves ayant amené la cécité. — MM. ***Balzer*** et ***Sevestre*** présentent un malade atteint de dermatite polymorphe douloureuse de Dühring. L'histoire de ce malade renferme deux particularités intéressantes à noter. Le début s'est fait après une application mercurielle qui avait été suivie de stomatite. La dermatite a apparu quelques jours après. Le malade présente en outre des lésions oculaires telles que la vue est presque complètement perdue. Il aurait eu des bulles sur le bord libre des paupières, mais il n'aurait pas eu de bulles sur les conjonctives. Actuellement il présente un symblépharon externe et interne bilatéral, de l'opacité de la cornée gênant considérablement la vue. Il semble que ces complications oculaires n'ont pas encore été signalées.

Sur un cas d'hyperplasie syphilitique des deux mamelles chez un homme. — MM. ***Hallopeau*** et ***François Dainville***. — Ces altérations syphilitiques ont été remarquables par leur limitation aux deux glandes, par leur production en dehors de toute autre manifestation spécifique, par les sensations que donne la palpation, sensations analogues à celles que provoque, chez l'homme, la poussée mammaire à l'époque de la puberté. Cette localisation à deux organes réduits vraisemblablement à un minimum d'activité nutritive mérite, d'ailleurs, d'attirer l'attention. Elle suppose nécessairement que ces organes constituent, chez ce sujet, des milieux de culture plus favorables au développement du tréponème que les tissus des autres parties du corps. Il ne s'agit ni de gommes, ni de sclérose, mais d'un travail de prolifération cellulaire et de congestion qui doit aboutir à cette dernière altération. D'où le nom d'hyperplasie que les auteurs lui ont assignée.

Folliculites suppurées et récidivantes de la barbe améliorées par l'emploi du goudron de houille brut. — MM. ***Brocq*** et ***P. Fernet*** présentent un malade qui depuis dix mois, malgré de nombreux traitements, présentait des folliculites superficielles de la barbe. Par l'application des couches épaisses de goudron de houille brut, la disparition des folliculites a été très rapide. Le goudron de houille paraît donc avoir une grande efficacité pour nettoyer les folliculites.

Urticaire pigmentée. — MM. ***Pautrier*** et ***P. Fernet*** présentent un malade atteint depuis quatre ans d'une éruption généralisée, constituée par des papules, les unes rouges, les autres pigmentées. Le sujet est nettement urticarien et la friction de ces différents éléments amènent une turgescence très nette des papules. Le diagnostic a été fait en pratiquant une biopsie. La constatation, au niveau d'une papule, de nombreux matzellen a permis de faire le diagnostic d'urticaire pigmentée.

Le curettage et la radiothérapie immédiate dans le traitement du cancer épithélial superficiel. — Statistique du service de M. le Dr Brocq, par MM. ***Langlet*** et ***Sourdeau***. — Les conclusions publiées par MM. Langlet et Sourdeau sont le résultat de trois années de traitement (1906-1909) fait sur 122 cas de cancer épithélial et particulièrement de cancer épithélial superficiel.

La méthode employée par les auteurs est la suivante. Tout épithélioma, quel qu'en soit le siège, est soumis avant l'irradiation, à un grattage méthodique complet. La curette ne doit s'arrêter que, quand maniée avec énergie, elle ne rencontre plus rien qui cède sous l'effort. On fait l'hémostase soigneuse par simple compression.

Immédiatement après l'opération, la séance d'irradiation est faite sur la plaie à vif, sans pansement ; les auteurs font absorber 6 H quelquefois 7. Les rayons utilisés sont au moins du n° 6, le plus souvent du n° 7. Ils ont toujours attendu, pour recommencer les séances, que le temps de réaction soit largement passé ; la seconde séance est faite du 20e au 28e jour : elle est ordinairement de 5 H. et les séances se succèdent, ainsi isolées, jusqu'au jour où la cicatrisation est définitive.

L'importance du grattage est telle que ces auteurs ont obtenu 11 fois sur 36 la guérison avec une seule séance de 6 H, que neuf fois il a suffi de deux séances et qu'en moyenne ils ont obtenu la guérison en faisant absorber 15 H. Ils concluent qu'actuellement, en thérapeutique de l'épithélioma cutané, aucune méthode n'est supérieure à la combinaison du grattage et de la radiothérapie.

P. Fernet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance solennelle extraordinaire du 3 février 1909.

Sous la présidence de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, ont été célébrées à la fois l'inauguration officielle de la Société de Médecine de Paris agrandie et la commémoration du centième anniversaire de la fondation de l'ancienne Société de Médecine et Chirurgie pratiques qui, seule des trois Sociétés fusionnées, n'avait pas atteint son siècle.

Assistaient à la séance deux cents personnes : parmi les délégués officiels : MM. Léon Labbé, Bucquoy, Landouzy, Bayet, Balzer, Patein, Oulmont, Hallopeau, Edouard Dujardin-Beaumetz, Reynier, Pouchet, M. Rocher, Benjamin, Mosny, Mahu, Granjux, Duboys de Lavigerie, Cruet, Mercier, Huet, Achard, Potocki, Cabanès, Jules Voisin.

M. ***Dignat***, président, montre le rôle rempli, depuis plus d'un siècle, par les trois plus anciennes sociétés médicales et particulièrement par la Société de médecine et chirurgie pratiques dont on célèbre le centième anniversaire. Ces trois sociétés n'en forment plus désormais qu'une seule : la Société de médecine de Paris, qui a su grouper au même titre aussi bien les plus grands noms de la médecine officielle que les simples praticiens, dans une commune émulation pour le travail.

M. ***Paul Guillon***, secrétaire général, lit une notice historique sur la Société de médecine et chirurgie pratiques, dont son grand-père, son père et lui-même ont successivement été membres pendant quatre-vingts ans. La Société, fondée en 1808, siégea à l'Hôtel de Ville jusqu'au 4 août 1870 ; à l'origine, elle y donnait des consultations gratuites et vaccinait toutes les personnes qui se présentaient ; en dernier lieu, elle tenait ses séances à l'Hôtel des Sociétés savantes, dont la création était son œuvre. Par une série de citations de bien curieux documents, le Dr Paul Guillon montre que la sorte de crise dont souffre le monde médical actuellement n'a rien de nouveau ; la situation était déjà identique en 1828 et en 1845 ; les médecins protestaient contre la création de deux classes de médecins et même contre les nouveaux impôts.

Eloge de Dujardin-Beaumetz. — Parmi les nombreuses illustrations qui figurent dans ses fastes, le Conseil de la Société avait choisi la belle et avenante figure de Dujardin-Beaumetz. C'est le Dr G. Bardet, l'ancien chef de laboratoire et le fidèle collaborateur du maître qui a été désigné pour prononcer son éloge. Pour accomplir ce qu'il a justement appelé « ce devoir filial » il a su trouver les paroles voulues et faire revivre la sympathique silhouette du professeur de l'hôpital Cochin.

M. le Ministre de l'Instruction publique, dans une brillante improvisation, a remercié la Société de médecine de Paris de lui avoir donné l'occasion de témoigner une fois de plus sa sympathie au corps médical tout entier. « Je suis heureux de répéter combien je m'intéresse aux améliorations qu'il est nécessaire d'apporter dans les programmes. Des réformes sont évidemment à désirer ; il en est qu'on réclame depuis plus de 80 ans. Cela prouve qu'on ne peut pas les régler aussi hâtivement qu'on pourrait le croire. Il appartient à des Sociétés comme la vôtre, dont l'action individuelle a déjà tant fait pour la science, de nous signaler les lacunes des programmes. Un groupement tel que la Société de médecine, qui célèbre aujourd'hui en somme un triple centenaire, et dont le passé glorieux est un sûr garant de son avenir, est donc des mieux qualifié pour émettre son opinion.

Le Secrétaire général,
Dr Paul Guillon.

FORMULAIRE OFFICINAL

Codex 1908.

IV. — Pommade de calomel.

Calomel	10 grammes.
Vaseline	90 grammes.

F. s. a.

V. — Pommade de chloroforme.

Chloroforme rectifié	10 grammes.
Cire blanche	5 grammes.
Axonge	85 grammes.

F. s. a.

VI. — Pommade soufrée.

Soufre sublimé	10 grammes.
Huile d'amandes douces	10 grammes.
Axonge benzoïnée	80 grammes.

F. s. a.

ANALYSES

Deutsche Archiv für Klinische Medizin. (Fischler) (Bd, 93. Heft 4, pages 427-456.)

Dans ce mémoire, l'auteur développe et complète des travaux antérieurs (Congrès allemand de médecine interne, Vienne 1908). Il soutient l'origine parenchymateuse des cirrhoses et prétend que l'intensité d'une cirrhose expérimentale est proportionnelle à la gravité des lésions cellulaires antécédentes. Pour estimer celles-ci, il fait à des chiens une fistule biliaire complète : normalement, la bile évacuée ne contient ni urobine, ni urobilinogène ; mais si on lèse lentement le foie par le phosphore, la toluidine-diamine, l'alcool amylique, l'urobiline apparaît. Suivant que le foie est plus ou moins touché, cette élimination d'urobiline est transitoire ou persiste jusqu'à la mort de l'animal. L'auteur la considère comme le critérium de la lésion hépatique : il a toujours trouvé que l'intensité du processus cirrhotique est la plus grande chez les animaux dont le foie s'était montré à cette épreuve comme le plus atteint. A. Baudouin.

Sur le contenu du sang en matière colorante et en fer. (*Deutsche Archiv. für Klin. Med.*, Bd. 94, H. 3 et 4.)

Il s'agit d'un travail fait au laboratoire de l'Université médicale de Bonn par le Dr Oskar David. Pour l'auteur, il ne faut plus admettre de proportionnalité entre les quantités de fer et d'hémoglobine. Voici d'après quelles expériences : des chiens qui reçoivent une nourriture peu ou pas ferrugineuse ont d'abord un sang dont la teneur en fer est très abaissée, bien plus que ne le serait la quantité d'hémoglobine correspondante. Dans cette condition aucun relèvement ne se produit après les saignées. Le plomb, à dose élevée, paraît abaisser d'une manière égale, chez les lapins, la teneur du sang en matière colorante et en fer ; avec des doses de plomb moindres, on a une matière colorante apparemment pauvre en fer. Les chloroses semblent se séparer des autres anémies, à cause de cette élévation plus fréquente de la quantité de fer dans le sang, en comparaison avec le quantum de matière colorante. C.

BIBLIOGRAPHIE

La Menstuation. La Conception ; par le Dr Ed. Kufferalt. (Bruxelles, 1909, H. Lamertin, éditeur).

Ce livre complètera l'introduction au cours d'accouchements donné aux étudiants en médecine de l'Université de Bruxelles. Il contient un exposé aussi complet que possible, de la science relative aux fonctions physiologiques de l'appareil génital de la femme.

Dans la première partie, l'auteur étudie la menstruation au triple point de vue anatomique, physiologique et clinique.

Les notions anatomiques, concernant les ovaires, les trompes, l'utérus, ainsi que les organes génitaux externes en dehors et pendant la menstruation, rappelleront aux étudiants ce qu'il est nécessaire de connaître pour comprendre les fonctions de ces organes.

Il a été donné une grande extension à l'étude de la physiologie de la menstruation. Ce chapitre contient toutes les idées nouvelles et les recherches publiées pendant les dernières années. L'auteur y traite tout d'abord les rapports entre les différentes manifestations de la fonction menstruelle, puis le mécanisme de l'association, de l'ovulation et de l'écoulement menstuel, et termine ce chapitre par l'exposé des différentes théories de la menstuation.

L'auteur a donné à la clinique de la menstruation normale et anormale un développement plus considérable que celui qu'on lui accorde d'habitude en insistant sur la symptomatologie de ces déviations si fréquentes et sur les indications d'une thérapeutique hygiénique et rationnelle.

La seconde partie du livre s'occupe de la fécondation ; elle est divisée en deux sections. La première contient l'étude physiologique de la fécondation dans l'espèce humaine ; la deuxième la description des phénomènes intimes de la fécondation de l'œuf.

Ainsi compris, ce livre résume l'état actuel de nos connaissances sur les phénomènes si intéressants de la menstruation et de la conception. C. J.

Traité de l'artério-sclérose ; par O. Josué (J.-B. Baillière).

La question de l'artério-sclérose est à l'ordre du jour : beaucoup de recherches fort intéressantes ont vu le jour dans ces dernières années, et notamment celles de l'auteur de ce livre. Si le lecteur trouve dans le traité de l'artério-sclérose un résumé des beaux travaux de Josué sur l'athérome expérimental, sur l'artériosclérose d'origine surrénale et sur l'histologie des principaux types de scléroses, il y trouvera aussi une analyse très complète des autres travaux, des travaux allemands en particulier. Mais la plus grande partie du livre est consacrée à la description clinique minutieuse des principaux symptômes et des principaux types morbides : cette partie est fort remarquable, à la fois par l'exactitude et par l'intensité de vie des descriptions : telle est, par exemple, la description des angines de poitrine ou des œdèmes pulmonaires chez les artérioscléreux.

Le traitement est également très soigné et sera, par conséquent, très utile au praticien, pour une maladie aussi répandue.

D'ailleurs, les lecteurs du *Progrès médical* ont déjà eu la primeur de quelques bonnes feuilles de ce livre et ont pu en apprécier toutes les qualités. Pareil livre indique combien se pénètrent utilement les recherches expérimentales et les observations cliniques. P. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Nystagmus giratoire et l'épreuve de rotation

(*Suite*) (1).

Par **E. LOMBARD.**
Otologiste des hôpitaux

De l'examen des canaux verticaux.

Pour la facilité de la démonstration, nous avons imaginé dans les paragraphes précédents des canaux demi-circulaires idéalement orientés suivant trois plans de l'espace, et en relation simple avec les centres des mouvements des yeux. Ceux-ci, définis par le sens de la contraction musculaire, étaient supposés aussi non moins idéalement schématiques : chaque déplacement du globe correspondait à l'action et au relâchement d'une seule paire musculaire, et chaque paire musculaire avait sa représentation dans l'organe vestibulaire au niveau de l'ampoule d'un canal déterminé.

La réalité est plus complexe :

1° Seuls, les mouvements oculaires de latéralité sont des mouvements simples. Les autres nécessitent la collaboration de deux et même de trois muscles. Ainsi les mouvements d'élévation sont fonction de la contraction simultanée du Droit supérieur et de l'Oblique inférieur, l'action du Droit étant prédominante. Les mouvements d'abaissement relèvent de l'action principale du Droit inférieur et accessoire de l'Oblique supérieur. Les mouvements de rotation en dehors sont le résultat de l'action combinée de l'Oblique inférieur et du Droit inférieur ; ceux de rotation en dedans de l'Oblique supérieur et du Droit supérieur. Les mouvements dans le sens oblique ou diagonal exigent la participation de trois muscles ; ainsi le mouvement oblique en haut et en dehors, auquel correspond en sens inverse un mouvement oblique en bas et en dedans, ne peut s'effectuer que par l'action dominante de l'Oblique inférieur auquel viennent s'adjoindre le Droit externe et le Droit supérieur, etc...

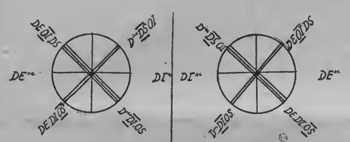


Fig. 1. — Schéma imité de Testut (Anat. Topogr.). Les muscles dont l'action est prédominante sont soulignés. Cette figure montre la part respective des obliques et des droits verticaux dans les mouvements obliques ou diagonaux.

Il suffit d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur le schéma suivant imité de Testut pour se faire une idée de ces actions très compliquées.

La conclusion qui ne peut manquer de venir à l'esprit c'est que, à l'exception de l'horizontale, les autres modalités de nystagmus traduisent l'excitation non d'un canal, mais de deux canaux ou de plusieurs canaux. Les mouvements nystagmiques de rotation en particulier nécessitent l'excitation de deux canaux verticaux (et non du seul canal postérieur, comme dans le schéma), ou encore, ce qui revient au même sous une autre forme, le système vertical réagit par un nystagmus rotatoire.

Les mouvements nystagmiques dans le sens vertical ou diagonal traduisent la réaction prédominante d'un des canaux verticaux (par exemple du canal antérieur dans les mouvements d'élévation) associée à une réaction de moindre intensité de l'autre canal vertical. Cette synergie fonctionnelle des canaux verticaux ressort d'ailleurs des remarques anatomiques suivantes :

1° Aucun des deux canaux verticaux ne correspond rigoureusement à l'un des deux plans verticaux de l'espace, frontal et sagittal. Cette notion est évidente pour qui ne se contente pas de rapporter leur orientation au rocher isolé, mais bien au rocher *en place dans le crâne.*

On voit alors que le plan du canal antérieur, presque perpendiculaire à l'axe de la pyramide, coupe le plan sagittal de la tête suivant un angle de 45° environ ; celui du canal postérieur, presque parallèle à l'axe du rocher, coupe aussi ce même plan sagittal sous un angle de 45°.

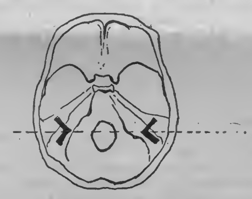


Figure 2. — Le couvercle de la boîte crânienne a été enlevé. — Le crâne repose sur l'occiput (attitude à 90° en arrière sur la table) — La ligne pointillée est parallèle au plan de la rotation.

Les plans des deux canaux sont donc perpendiculaires entre eux, mais aucun d'eux n'est perpendiculaire au plan sagittal. Aussi s'est-il introduit quelque confusion dans la manière de les désigner, chacun recevant tour à tour les appellations de frontal ou de sagittal.

Conséquences intéressantes : 1° dans l'attitude droite de la tête, un plan frontal passant par les systèmes demi-circulaires verticaux ferait aussi avec chacun des deux canaux un angle de 45°. 2° Si les canaux verticaux sont perpendiculaires entre eux et forment respectivement avec les plans frontal ou sagittal des angles de 45°, le plan d'un canal antérieur droit est parallèle à celui du canal postérieur gauche, ou, ce qui est la même chose, un système de canaux verticaux contenus dans un même plan comporte deux canaux hétérologues et non deux canaux homologues.

* * *

Les règles qui déterminent la modalité du nystagmus pour chaque canal ou chaque groupe de canaux ne sont que l'application à la clinique de recherches expérimentales déjà anciennes, bases de toutes nos connaissances sur le fonctionnement de l'organe labyrinthique non acoustique.

Flourens, puis de Cyon, confirmant ses expériences, montrent que la section ou l'excitation des canaux demi-circulaires provoquent chez les animaux des mouvements de la tête dans le plan des canaux opérés. De Cyon complète ces premières recherches, et établit que l'excitation de chaque canal provoque non seulement des mouvements de la tête mais encore des mouvements des globes, dont la direction est aussi déterminée par le choix du canal excité.

(1) Voir *Progrès Médical*, décembre 1908.

Högyes et Ewald étudient les mouvements du fluide endolymphatique et lui attribuent la même action que les autres excitants mécaniques.

Les résultats de toutes ces recherches ont été résumés sous une forme concise : *les mouvements de la tête et des yeux provoqués par l'excitation d'un canal s'effectuent dans son plan.*

Dans l'épreuve de rotation, l'excitant est le liquide endolymphatique actionné par les forces développées pendant cette rotation. Celles-ci agissent d'autant plus énergiquement qu'elles peuvent déplacer ce liquide avec plus de facilité, qu'on diminue davantage les résistances en faisant coïncider leur direction avec l'axe du canal. Or, cette direction des forces est fixée une fois pour toutes, puisque nous ne pouvons faire tourner le sujet que dans un plan horizontal : Donc ce sont les axes des canaux qu'on devra déplacer pour les mettre dans le plan de la direction des forces, à moins qu'ils ne s'y trouvent déjà, ce qui est le cas des canaux horizontaux dans l'attitude droite de la tête. Si les axes des canaux sont perpendiculaires au plan de la direction des forces, l'action de la rotation sera nulle. Elle augmente dans les positions intermédiaires à mesure que l'obliquité diminue par rapport au plan horizontal. Cette action varie en sens inverse de cette obliquité.

Ce principe de la *moindre obliquité* du canal est en quelque sorte un corollaire de la loi de Flourens, appliqué aux conditions particulières dans lesquelles s'effectue l'épreuve.

Quand le plan horizontal de rotation coïncide avec le plan frontal *de la tête*, les quatre canaux verticaux sont mis en action. L'excitation est *égale* pour deux canaux verticaux d'un même côté, c'est-à-dire maxima pour l'antérieur et le postérieur d'un côté, minima pour l'antérieur et le postérieur du côté opposé. Cette excitation égale pour les deux canaux d'un même système vertical se traduit par un nystagmus rotatoire.



FIGURE. 3. — Schéma : tête à 90° en arrière. Les canaux verticaux vus d'en haut. La direction des forces est indiquée par les flèches pendant une rotation à droite. Les ampoules des canaux postérieurs regardent en dedans en avant et en haut.

Dans l'attitude latérale à 90°, correctement réalisée et maintenue, les canaux antérieurs et postérieurs sont aussi obliques à 45° sur le plan de rotation. Ils recevront donc une excitation égale : le système vertical tout entier traduira sa mise en fonction par un nystagmus rotatoire, à moins d'une variation anatomique individuelle.

Si l'attitude n'est pas correcte, ce qui est loin de constituer une exception, la composante reste prédominante (Nystagmus diagonal le plus souvent avec forte composante verticale).

Quand le plan horizontal de rotation coïncide avec le plan diagonal de la tête (intermédiaire au plan frontal et au plan sagittal) le canal vertical antérieur d'un côté forme avec le canal postérieur du côté opposé, un système comparable à [celui des canaux horizontaux. Suivant le sens de la rotation, l'excitation est maxima dans le canal d'un côté, minima dans celui du côté opposé. Les deux autres canaux verticaux restent perpendiculaires au plan de la rotation et n'entrent pas en fonction. Toutefois, dans un même système vertical le canal antérieur et postérieur ne sont pas complètement indépendants. On sait que les axes s'abouchent dans une branche commune. Il est à croire que tout mouvement endolymphatique dans l'un des arcs ne sera pas sans entraîner quelque perturbation dans l'équilibre endolymphatique de l'arc de l'autre canal : d'où une excitation, peu importante il est vrai, mais qui se révèlera par une petite composante dans le mouvement nystagmique. Celui-ci résulte en effet de l'action simultanée de toutes les composantes.

Cette attitude correspond à celle d'un sujet étendu sur la table de rotation, la tête tournée à 45° à droite ou à gauche suivant le système mis en jeu (V. fig. 4.)

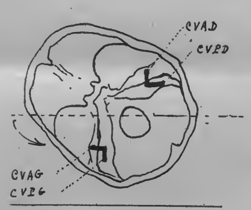


FIG. 4. — La tête est tournée à 45° à gauche dans l'attitude en arrière à 90° sur la table de rotation.) La ligne pointillée est parallèle au plan de la rotation. La flèche indique le sens de la rotation pour l'excitation maxima de C. V. A. G.

Le plan des mouvements rythmiques des globes, plan du nystagmus, sera parallèle au plan des canaux intéressés Le nystagmus sera donc diagonal.

Ainsi, dans les attitudes de la tête en arrière à 90°, en avant à 90°, l'excitation simultanée des canaux verticaux *d'un même côté* donne un nystagmus rotatoire, dans l'attitude oblique à 45° sujet étendu sur la table l'excitation simultanée du canal postérieur d'un côté et antérieur de l'autre donne un nystagmus diagonal. Quoi que nous fassions, nous associons toujours à un degré quelconque soit deux canaux d'un même côté ou deux systèmes verticaux, soit deux canaux de côtés opposés. Ne serait-il pas intéressant de pousser plus loin l'analyse ?

***

Ewald, étudiant les mouvements des globes oculaires provoqués par l'excitation des canaux, trouve qu'il existe un rapport constant entre le sens du mouvement endolymphatique et celui du mouvement des yeux. On connaît le dispositif expérimental adopté. A l'aide d'un piston monté sur un corps de pompe fixé à un canal *horizontal* dont l'arc est plombé (1), on comprime, entre le plombage et l'ampoule, le liquide endolymphatique qui, ne pouvant s'échapper du côté de l'arc plombé, fuit vers l'ampoule. Ce mouvement de l'arc vers l'ampoule s'accompagne d'un mouvement lent du globe *de grande amplitude* dans le même sens, c'est-à-dire vers le côté opposé.

Inversement l'aspiration provoque un mouvement lent des globes de *très faible amplitude* vers le côté du canal en expérience. Notez qu'il s'agit du canal horizontal.

(1) Voir : *Prog. Méd.*, avril 1908.

Appliqués aux canaux verticaux les résultats sont exactement inverses. La compression (mouvement de l'arc vers l'ampoule) provoque le mouvement des yeux de *faible amplitude* ; l'aspiration (mouvement de l'ampoule vers l'arc) celui de *grande amplitude.* Ainsi ces faits expérimentaux de première valeur paraissent révéler l'existence de deux lois ; la première, à laquelle obéissent les canaux horizontaux; la deuxième, qui régit les seuls canaux verticaux.

Cette dualité n'est probablement qu'apparente. En effet, les canaux horizontaux sont mis en rotation dans leur *plan naturel* ; au contraire les canaux verticaux doivent être ramenés dans un plan qui n'est pas le leur en modifiant l'attitude de la tête.

Si les canaux verticaux sont mis en rotation *dans leur plan naturel,* c'est-à-dire dans le plan qu'ils occupent dans l'attitude habituelle du sujet (station verticale, tête droite), la règle des canaux horizontaux s'appliquera : imaginons le canal vertical antérieur gauche et le canal vertical postérieur droit accouplés en un système tournant dans un plan vertical diagonal en effet.

Si la rotation s'effectue dans le sens des aiguilles d'une montre, le P. N. frappera dans le sens opposé, c'est-à-dire vers la droite. Or, dans un pareil système, mis dans un plan artificiel de rotation, c'est-à-dire dans le plan horizontal, le P. N. frapperait aussi vers la droite pour les rotations à droite (rotations dans le sens des aiguilles d'une montre vue d'en haut). Cette explication, bien que subtile, méritait d'être signalée.

Pratiquement et pour simplifier, il suffit d'énonçer la loi d'Ewald sous la forme des deux propositions suivantes :

Règle des canaux horizontaux : quand le sens de la rotation est tel qu'il détermine un mouvement endolymphatique allant de l'arc vers l'ampoule, cette ampoule paraît être le point de départ de l'excitation maxima.

Règle des canaux verticaux : Quand le sens de la rotation est tel qu'il détermine dans une ampoule un mouvement endolymphatique allant de l'empoule vers l'arc, cette ampoule paraît être le point de départ de l'excitation maxima.

La connaissance de ces deux propositions permet de déterminer le sens qu'il est nécessaire de donner à la rotation pour l'examen d'un canal dans un système donné.

Dans les attitudes en avant et en arrière à 90° qui conviennent à l'examen des canaux verticaux, le sens de la rotation et le sens du P N. renseignent sur la valeur fonctionnelle de *tout le sytème vertical* droit ou de tout le système vertical gauche. On peut aller plus loin et dire qu'il n'est pas impossible de tirer parti de la loi d'Ewald pour reconnaître, ne fût-ce qu'approximativement, l'intégrité ou la suppression physiologique d'un canal antérieur ou d'un canal postérieur.

Soit en effet (v. fig. 4) le système C V A G — C V P D., mis en rotation (sujet couché sur la table, tête en arrière, 45° à gauche). Tournons à gauche : C V A G subira l'excitation maxima ; C V P D, l'excitation minima. Si le système est intact, on doit avoir à l'arrêt un P N. diagonal, c'est-à-dire dans lequel le globe oculaire est mû *à la fois* par les muscles obliques et droits verticaux.

Supposons que C V P D soit détruit.

L'excitation ne sera manifeste que pour C V A G La composante due à l'action de C V P D s'atténuera ; le P N sera presque vertical.

On pourrait interroger de même C V P D par une rotation en sens inverse. Nous avons mis en évidence cette expérience sur un malade privé chirurgicalement du labyrinthe du côté droit. Après rotation à gauche, dans l'attitude de la tête à 45° à gauche, le malade étant étendu sur la table de rotation, nous avons obtenu un P N. *presque vertical* avec composante oblique fort réduite provenant de la mise en action inévitable du canal horizontal et aussi du canal postérieur du même côté.

Il est aisé d'imaginer une série de combinaisons associant l'attitude de la tête et le sens de la rotation. Certes, une pareille analyse est des plus délicates dans sa technique et dans son interprétation.

On devra souvent se borner à constater la prédominance ou la réduction d'une composante sans qu'il soit toujours possible d'établir des évaluations numériques. On n'oubliera pas non plus les causes d'erreur inséparables de toute épreuve clinique difficile. Une minime déviation de la tête de quelques degrés suffit à modifier le sens et la modalité du réflexe. D'autre part, des lésions peu destructives seront insuffisantes pour se révéler par la disparition d'une composante.

Il doit rester toutefois que l'examen d'un canal vertical isolé n'est pas une simple vue de l'esprit.

Difficultés.—Elles sont nombreuses : j'en signalerai deux principales : 1° Les unes sont liées à la technique même. Il est très difficile d'obtenir et de maintenir l'attitude de la tête qui convient à la mise en action d'un canal ou d'un système de canaux. Aussi même sur la table de rotation, n'est-il pas rare de constater à la fin de la rotation une déviation de quelques degrés sur l'attitude initiale et, sans insister davantage, on comprend de quelle importance sont ces variations d'attitudes pour la modalité du nystagmus.

2° D'autres difficultés surgiront du fait de l'introduction d'une composante horizontale souvent très faible, parfois aussi non négligeable.

La composante horizontale résulte assez souvent de l'application non voulue, mais inéluctable, de la loi de Flourens. Ainsi, dans l'attitude oblique à 45° tête en arrière, les canaux horizontaux ne sont déjà plus perpendiculaires au plan de rotation, mais obliques. Ils réagissent pendant l'épreuve.



Figure 5. — Direction oblique du canal horizontal. Cette figure est empruntée à Schœnemann. On voit en avant le nerf facial. D'après une pièce par corrosion.

D'autres fois, elle est la conséquence de variations anatomiques individuelles portant sur les canaux horizontaux ; nous mentionnerons l'une des plus importantes. On sait que la forme de la pyramide rocheuse diffère d'un crâne à un autre. Cette forme paraît avoir d'étroites relations avec celle de la fosse cérébrale postérieure. On distingue deux variétés principales de pyramides pétreuses, l'une à arête supérieure très aiguë, à paroi postérieure verticale limitant en avant une fosse crânienne postérieure profonde l'autre à crête supérieure peu accusée, à paroi postérieure très oblique. semblant continuer en avant le plancher d'une fosse cérébrale postérieure fort peu excavée. Il semble dans la première forme que la pyramide ait tourné autour de son grand axe. Cette rotation de la pyramide est de nature à modifier sensiblement l'orientation du labyrinthe osseux : le changement est frappant quand on le mesure au degré d'obliquité du canal horizontal A

fosse cérébrale postérieure très creuse correspond une forte rotation de la pyramide, donc un canal horizontal très oblique en bas et en arrière, comme si tout l'organe labyrinthique avait tourné, lui aussi, en bas et en arrière autour d'un axe transversal.

Inversement, à une fosse cérébrale postérieure presque plane, à une faible rotation de la pyramide, correspond une très faible obliquité du canal horizontal. L'obliquité moyenne, évaluée par le degré de l'angle ouvert en arrière qui la caractérise, est de 23°. Elle peut atteindre 25° et davantage et oscille autour d'un quart de droit.

Or, nous savons qu'un canal ou un système de canaux est soustrait à la rotation lorsqu'il est perpendiculaire au plan de cette rotation : dans l'attitude de la tête en avant à 90°, le système horizontal est perpendiculaire au plan de rotation s'il appartient à une pyramide du 1er type. Si la pyramide appartient au 2e type avec une obliquité moyenne du canal horizontal de 23° par exemple, ce canal ne sera perpendiculaire au plan de rotation que pour une attitude de la tête de 90° + 23°,

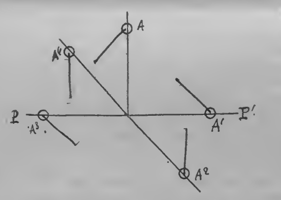


Figure 6. — En A attitude droite de la tête. PP, Plan horizontal de rotation. A¹ Tête à 90° en avant. A² Le canal horizontal perpendiculaire au plan de rotation. A³ Canal horizontal perpendiculaire à PP' tête en arrière. A³ Tête à 90° en arrière.

sinon il restera oblique à ce plan et sera donc excité à un degré quelconque (nystagmus horizontal dans l'attitude penchée en avant.)

Inversement, dans l'attitude penchée en arrière le canal horizontal à obliquité de 23° sera perpendiculaire au plan de la rotation pour une attitude de 90° — 23°. Pour une attitude de 90° et plus, il sera oblique, les ampoules renversées en arrière, il subira l'action de la rotation (nystagmus horizontal, mais de sens opposé).

La forme variable de la pyramide peut modifier du tout au tout l'orientation de l'ampoule du canal postérieur. Dans les rotations faibles (il s'agit de la *rotation* de la pyramide) elle regarde en avant, en dedans et un peu en haut. Dans les rotations très marquées elle regarde en haut et en dedans. Si la tête est réclinée en arrière à 90° dans l'attitude de l'examen des canaux postérieurs, cette ampoule regardera directement en arrière. Les forces développées pendant l'épreuve agissent alors inégalement sur l'ampoule du canal antérieur et sur celle du canal postérieur. La modalité rotatoire du nystagmus est très affaiblie et masquée par l'apparition d'une forte composante oblique. Le sens même de sa composante rotatatoire se trouve inversé (fig. 7).

En résumé l'épreuve des canaux verticaux, infiniment plus difficile à bien conduire que celle des canaux horizontaux, comprendrait deux séries principales d'opérations.

Dans la 1re partie (observation du PN rotatoire) on examine les *systèmes verticaux*, celui du côté droit et celui du côté gauche. La tête sera dans l'attitude en avant à 90°, ou en arrière à 90°. L'attitude latérale, pour de multiples raisons, est la moins utilisée.

Dans la 2e partie (observation du PN diagonal et de ses composantes), on cherche la valeur de chaque canal dans les systèmes. L'examen se fera le mieux sur la table de rotation, le malade étendu sur le dos. La tête est maintenue en position oblique à 45° à droite ou à gauche. Tourner à droite ou à gauche suivant le canal à examiner.

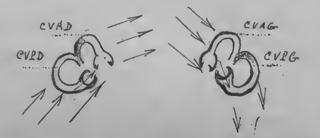


Figure 7. — Schéma. Tête en arrière à 90°. Les ampoules des canaux postérieurs regardent en arrière. La direction des forces dans la rotation à droite est indiquée par les flèches. Elle est telle que le C V P G reçoit l'excitation maxima, tandis que le C V A G reçoit l'excitation minima. Il y a excitation inégale du système vertical gauche.

Ces procédés d'exploration, comme on le voit, ne sont pas tout à fait aussi élémentaires que ceux indiqués par le schéma de démonstration. Ils n'en restent pas moins soumis à des règles identiques et les mêmes principes leur ont servi de base : on s'est contenté d'adapter aux données anatomiques les deux lois qui forment comme les pierres angulaires de l'épreuve de rotation : la loi de Flourens avec son corollaire : la règle de moindre obliquité ; la loi d'Ewald formulée en ses deux propositions.

TECHNIQUE

La rotation

Pour pratiquer l'examen des canaux horizontaux et des systèmes verticaux, il suffit de disposer d'un fauteuil otologique à vis. Pour dissocier les canaux verticaux il est bien préférable d'avoir à sa disposition une table montée sur un axe vertical. On construit aussi à cet effet des sièges montés sur des roulements à billes. Nous avons vu que, d'une façon générale, on se contente des indications donnés par l'observation du post-nystagmus. La rotation doit être régulière.

Pour déterminer les temps, on se munit d'un chronographe ou d'une montre à secondes.

Durée de la rotation. Sa vitesse. — Par durée de la rotation il faut entendre le nombre de tours effectués sans limite de temps ; par vitesse, le nombre de tours effectués dans un temps donné.

Quelle est l'influence de ces deux facteurs. Le P. N. est-il modifié dans sa durée, dans l'intensité de ses manifestations (excursions plus considérables et plus visibles du globe, rapidité plus grande de ces excursions.) ?

Durée de la rotation. — Barany, qui a poussé cette étude très loin, nous dit que 20 rotations donnent l'excitation maxima. Passé ce chiffre, les secousses nystagmiques peuvent être plus rapides ou de plus grande amplitude, mais la durée totale du phénomène n'est pas sensiblement augmentée. Avec 5 rotations seulement, on obtient aussi un P. N. mais à faibles oscillations. Si le chiffre des rotations descend au-dessous de 5, le P. N. pourrait manquer.

Toutefois ce n'est pas une règle absolue. On l'a vu appa-

raître après une simple rotation de la tête à 90° à la condition de supprimer par des lunettes opaques l'action empêchante de la fixation des yeux.

En augmentant progressivement le nombre des rotations au-delà de 20, on voit se développer parfois un postpost-nystagmus, suivant l'expression de Barany. Voici en quoi il consiste : à l'arrêt, P. N. très marqué ; il disparaît après quelques secondes et est remplacé par un nystagmus de très faible intensité mais de durée appréciable et dirigé dans le sens de la rotation ; c'est le post-post-nystagmus.

Vitesse de la rotation. — La vitesse moyenne doit être de 10 tours en 20 secondes, soit 1 tour par deux secondes. Si ces 10 tours durent moins de 16 secondes la rotation est rapide ; s'ils durent plus de 30 à 32 secondes, elle est lente. Comme pour la durée de la rotation, on peut se demander quelle est l'influence de la vitesse sur la durée du P. N., sur son intensité. Or, il semble bien qu'une rotation rapide augmente l'intensité du phénomène, mais reste sans grand effet sur sa durée.

Cette remarque a son intérêt, car dans quelques cas il peut être utile d'augmenter la vitesse de rotation pour rendre plus évident un P. N. un peu douteux.

Observation du post-nystagmus

Des remarques précédentes il découle que d'une façon générale la durée et la rapidité de la rotation ne fait pas varier sensiblement la durée du P. N. Cette durée est donc le facteur le plus constant celui qu'il importera de dégager.

On la mesure au moyen d'une montre à secondes ou d'un chronographe. Le début coïncide avec l'arrêt brusque de rotation. La fin correspondait au moment où cessent les mouvements lents des globes. Pour utiliser correctement les résultats obtenus, il faut :

1° Se mettre à l'abri des causes d'erreur en plus ou en moins dans l'appréciation de la durée ;

2° Déterminer la durée moyenne du P. N. sur un grand nombre de sujets dont les appareils vestibulaires peuvent être considérés comme normaux ;

3° Connaître, s'il est *possible*, les lois des variations de cette durée suivant les modalités du P. N. (horizontal ou rotatoire), qui surtout sont étudiées : suivant le sens du P. N. ; suivant différentes conditions qui représentent d'un sujet à l'autre de véritables différences individuelles.

1° *Se mettre à l'abri des causes d'erreurs en plus ou en moins.*

a) *P. N. Horizontal.* — Il s'exagère dans la position extrême du regard dirigé dans le sens du mouvement rapide des globes, autrement dit dans le sens du N. Donc faire regarder le sujet dans ce sens pour le rendre plus apparent. Mais si ce P. N. est peu développé et qu'on laisse le sujet faire un effort de fixation même dans la position extrême du regard, la convergence volontaire pourra raccourcir la durée du phénomène en s'opposant en partie à sa manifestation. Hans Abels conseille de supprimer la convergence volontaire en mettant les globes au repos.

Il suffit pratiquement de placer devant les yeux des lunettes larges à verres dépolis. Malgré ce dispositif, le P. N. reste facilement observable soit au travers des verres dépolis en prenant pour repère les taches sombres formées par les iris, soit mieux encore en relevant légèrement la paupière supérieure avec le doigt et en suivant le phénomène par l'intervalle entre l'œil et les verres.

b) *P. N. rotatoire.* — Il n'est pas influencé par la convergence. Par contre, on découvre chez un certain nombre de sujets dont l'appareil vestibulaire est intact un certain degré de N. rotatoire spontané, mais on remarque en même temps que ce dernier atteint un minimum et peut même disparaître complètement pour une position donnée du regard.

C'est dans cette position du regard qu'il faut rechercher le P. N. *provoqué*. Pour la repérer, Barany use d'un artifice ingénieux. Une tige verticale munie d'un bouton à son extrémité et montée sur un bandeau frontal est fixée au-devant des yeux du sujet ; on la déplace de telle sorte que, pour une position donnée de la tige et des yeux qui la fixent, le N. spontané soit très réduit ou nul. A l'arrêt de rotation il faudra faire porter de nouveau le regard sur la tige repère pour apprécier la durée vraie du P. N. rotatoire.

Durée moyenne du P. N. sur des sujets à appareils vestibulaires intacts.

De l'examen de 200 sujets fait à la Clinique otologique de Vienne, il résulte que le P. N. horizontal dure en moyenne de 41 secondes (P. N. horiz. Dr.) à 39 secondes (P. N. horiz. G.)

La durée moyenne du P. N. rotatoire serait de 24 secondes (P. N. rot. droit) à 22 secondes (P. H. rot. gauche).

Ces chiffres sont comptés pour une épreuve moyenne de 10 tours par 20 secondes.

Les insuffisances unilatérales survenues lentement ou parvenues à un état stationnaire abaissent naturellement cette durée. Au-dessous de 15 secondes, il existe une insuffisance manifeste. En même temps qu'on observe un abaissement de la durée du P. N. à 15 secondes du côté atteint, toutes les valeurs entre 15 et 40 peuvent être notées du côté sain.

Variations de la durée du P. N. Difficultés

a) *Suivant la variété.* Observation capitale : le P. N. rotatoire a toujours une durée moindre que le P. N. horizontale, toutes conditions égales d'ailleurs. *En aucun cas il n'a une durée supérieure.* L'inversion du rapport serait déjà une formule pathologque.

On remarque que si le P. N. horiz. est au-dessous de la moyenne, il y a presque égalité entre le rotatoire et l'horizontal.

Si le P. N. horizontal est au-dessus de la moyenne il peut y avoir des écarts considérables.

Conséquence : si dans une épreuve on observe une variété de P. N. rotatoire combinée à un N horizontal, il pourra arriver que le P. N. rotatoire étant très court, le P. N. horizontal se manifestera seul *à la fin de l'épreuve*.

b) *Suivant le côté : P. N. droit où P. N. gauche.* — Pour la variété rotatoire, les différences sont peu considérables (v. plus haut). Pour la *variété horizontale*, elles sont notables : le P. N. droit après rotation à gauche est plus long que le P. N. gauche après rotation à droite.

Dans la moitié des cas les deux P. N. seraient à peu près égaux. Dans 1/3 des cas, le P. N. Dr. l'emporte nettement, dans 1/6 des cas c'est le P. N. G.

c) *Suivant les conditions individuelles.* — Les variations peuvent être notables *sans aucune lésion vestibulaire*, suivant ce qu'on pourrait appeler la physiologie individuelle du sujet, suivant le moment de l'examen pour le même sujet (variations d'un jour à l'autre), suivant l'âge (diminution légère de la durée après 50 ans) suivant la profession (danseuses équilibristes, écuyers de cirques). On voit par le seul énoncé de ces conditions que seuls doivent entrer en ligne de compte les résultats à peu près concordants de plusieurs épreuves répétées à différents intervalles.

*
* *

Et maintenant que faut-il attendre de l'épreuve de rotation ?

Les cas dont nous avons à connaître peuvent d'une façon générale se grouper dans une des catégories suivantes : lésions avec irritation ; lésions avec insuffisance partielle ou totale (rapide ou lente).

Les irritations vestibulaires se manifestent le plus souvent par des signes objectifs tels que le N. spontané. Sa modalité, sa direction, ses modifications, par l'épreuve thermique, permettent d'établir un diagnostic d'ensemble.

Les insuffisances *latentes* avec lésions peu étendues demandent, par définition même, à être recherchées avec soin. C'est alors qu'il faut s'adresser aux différentes épreuves, calorique ou de rotation.

Celle-ci s'applique là où la première ne pourrait donner que des renseignements d'une précision insuffisante ou même tout à fait entachés d'erreur. Est-elle supérieure aux autres procédés d'investigation ? Il semble à première vue qu'il en soit ainsi, car elle apporte dans la solution du problème une donnée numérique (durée du P. N.), qui représente une appréciation non plus qualitative mais bien quantitative.

Cet avantage compenserait nombre d'inconvénients (installation, épreuve toujours longue et pénible). Malheureusement, les variations de la durée du P. N. pour des sujets à labyrinthes normaux et nous ne parlons pas de ces observations très rares, mais curieuses, où l'épreuve de rotation reste absolument négative alors que le vestibule réagit à l'épreuve calorique — sont considérables, parfois de 16 à 40 secondes ; il ne faudrait donc déclarer pathologiques que les P. N. durant moins de 16 secondes ce qui revient à dire que seules pourront être à coup sûr reconnues les insuffisances déjà très notables. Dans la règle, en effet, des lésions circonscrites qui se traduisent par du vertige à modalités très variées (crises, vertige par changement d'attitude, renversement de la tête en arrière), associées fort souvent à des troubles fonctionnels de la racine cochléaire, restent assez souvent entièrement inappréciable à l'épreuve de rotation. Il n'y a souvent aucune différence entre les durées des P. N. de chaque côté, et la comparaison avec la durée moyenne ne donne aucun renseignement.

Nous avons vu, combien délicate à réussir est l'analyse des canaux postérieurs quand on ne peut pas se contenter de connaître le fonctionnement en bloc du système vertical !

Mais il serait successif de dire que, malgré des apparences très séduisantes de précision et d'élégance, cette épreuve ne vaut que combinée aux autres et en particulier à l'épreuve calorique, quand elle est possible, à l'épreuve galvanique dans le cas contraire elle vaut à coup sûr mieux que cette dernière, à laquelle Barany ne paraît pas accorder la moindre confiance.

L'épreuve de rotation, à mesure que nous la connaîtrons mieux, paraît appelée à résoudre bien des problèmes de la pathologie de la labyrinthite.

Les recherches dans ce sens ne sont pas encore assez nombreuses et celles qui ont été publiées ne permettent pas encore de se prononcer.

A la vérité, ce qui nous manque le plus, ce sont des notions exactes sur la valeur respective des altérations anatomiques du vestibule. Il nous faudrait pouvoir comparer dans un grand nombre de cas les résultats de l'épreuve avec ceux de l'examen nécropsique, et juger s'ils sont concordants ; mais ne l'oublions pas, cette question très neuve et très intéressante est à l'étude de tous les côtés à la fois. Les labyrinthites ne sont plus déjà étiquetées sur le simple vu de leurs manifestations subjectives, et il est à croire que dans un avenir prochain les cliniciens auront à leur disposition des procédés d'une approximation dont l'exactitude ne le cédera en rien à celle que l'on peut attendre des méthodes d'investigations appliquées à la recherche de la valeur fonctionnelle du tube rénal ou de la cellule hépatique.

Crise gastrique saturnine ;

Par MM. BAUER et GY
(Service du Prof. BRISSAUD.)

Le syndrome clinique de la colique de plomb présente souvent une symptomatologie quelque peu différente de celle qui lui est attribuée dans la description classique. Suivant les cas, tel symptôme est prédominant, tel symptôme est absent, tel autre vient s'ajouter au tableau morbide, etc., et c'est ainsi que, dans chaque cas, le syndrome prend son allure particulière. Malgré ce polymorphisme, bien mis en relief dans la plupart des ouvrages qui traitent de la colique de plomb, en particulier dans la thèse encore récente de Henry Bernard (1) — le syndrome garde, dans ses différentes formes, un certain nombre de caractères essentiels qui établissent son identité.

Le fait, relaté ci-dessous, observé dans le service de notre maître Brissaud, est un exemple si particulier de la forme gastrique de la colique de plomb qu'il mérite l'étiquette de *crise gastrique saturnine*.

Joseph D... âgé de 37 ans, peintre en bâtiments, entre le 22 décembre 1908, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, lit n° 4 pour des crises de vomissements.

Dans ses antécédents on ne relève que des habitudes alcooliques anciennes ; pendant quelques années en effet, il a été un assez fort buveur, consommant chaque jour deux litres de vin rouge et quelques apéritifs, mais depuis 1900, il est beaucoup plus modéré. Actuellement du reste, il ne présente aucun symptôme pouvant être rattaché à l'alcoolisme, aucun trouble dyspeptique, absence de pituites, d'épistaxis, de crampes dans les mollets ; les rêves professionnels ou terrifiants font également défaut.

Aucune trace de syphilis.

Le malade exerce le métier de peintre depuis l'âge de 14 ans, et jusqu'en septembre 1907, il ne ressentit aucune atteinte de l'intoxication saturnine. A cette date, il souffrit d'une colique de plomb d'une intensité extrême avec tous ses signes classiques et qui nécessita un séjour d'un mois à l'hôpital.

Le 18 décembre 1908, en plein travail, alors qu'il n'avait fait aucun excès les jours précédents, cet homme fut pris brusquement de douleurs violentes au niveau du creux épigastrique qui l'obligèrent aussitôt à rentrer chez lui. Bientôt des vomissements survinrent, se succédant de demi-heure en demi-heure, d'abord alimentaires, puis aqueux et bilieux, rendus avec beaucoup d'efforts au milieu de douleurs crampoïdes intenses.

Il se mit au lit, mais la nuit se passa sans sommeil ; à peine s'assoupissait-il qu'un nouveau vomissement se produisait. Pendant quatre jours, malgré le repos et l'institution du régime lacté absolu, les mêmes symptômes se poursuivirent avec une acuité persistante ; les vomissements apparaissaient toujours avec la même fréquence, avec les mêmes caractères, entraînant les mêmes souffrances.

Fait particulier : la constipation, habituelle en pareil cas, faisait défaut ; chaque jour le malade allait une fois à la garde-robe sans le secours d'aucune médication. Ne constatant pas d'amélioration dans son état, il résolut d'entrer à l'Hôtel-Dieu, et c'est dans ces circonstances que nous l'avons examiné.

C'est un homme vigoureux, bien constitué, de taille moyenne, au teint légèrement anémique et dont la physionomie traduit par instants l'impression d'une vive souffrance. Les douleurs sont en effet intermittentes, siégeant uniquement au niveau de l'épi-

(1) Henry BERNARD. — Etude clinique sur la colique de plomb. Th. Paris 1900.

gastre, sans aucune irradiation,et comparées par le patient à des crampes atroces. Ces crampes s'accompagnent de vomissements bilieux ou même porracés. Ceux-ci sont pour ainsi dire incessants se suivant à intervalles très rapprochés, s'atténuant à peine la nuit et s'accompagnant d'efforts extrêmes.

L'intolérance gastrique est absolue, même pour le lait, sous quelque forme qu'on le prescrive.

La langue est saburrale et il existe un liséré de Burton peu accusé.

La constipation fait défaut et le malade rend chaque jour des matières de coloration et de consistance normales.

Le ventre est d'apparence normale, non ballonné ni rétracté : il est à peine endolori au-dessous de l'ombilic ; mais au niveau de l'épigastre, la palpation et la pression éveillent de vives douleurs.

La matité hépatique parait diminuée ; le foie n'est pas douloureux et on ne perçoit pas la vésicule. Les urines sont peu abondantes (600 gr.), hautes en couleur, et ne renferment ni sucre ni albumine.

Le pouls est à 70, très hypertendu ; la température vespérale est à 37°3. Cœur et poumons normaux. Réflexes achilléens et rotuliens normaux. Pas de troubles pupillaires.

Traitement : Dix pilules d'extrait thébaïque d'un centigr. dans les 24 heures. Régime lacté absolu.

Les 23 et 24 décembre : L'état du malade n'a subi que de légères modifications ; les vomissements restent fréquents et bilieux, mais l'intolérance gastrique paraît moins prononcée qu'à l'entrée dans le service.

Le 25 décembre : L'amélioration s'accentue ; pour la première fois depuis le début de la crise,le sommeil a été possible.Dans la journée, les crampes gastriques sont moins fréquentes et moins douloureuses, les vomissements sont plus espacés. L'ingestion du lait est mieux supportée ; les selles continuent à être régulières ; les urines, plus abondantes, dépassent le litre.

Le 26 décembre : Les vomissements ont cessé ainsi que les douleurs gastriques ; l'épigastre est encore sensible, mais la palpation de cette région ne réveille plus les douleurs des jours précédents ; les urines sont limpides et en assez grande quantité (1.800 gr.).

A partir de ce jour, le malade n'a plus ressenti de crises douloureuses. Les vomissements ont définitivement disparu et l'on peut passer la main sur l'épigastre sans faire naître la moindre souffrance ; le foie a repris son volume normal ; les urines sont abondantes et le pouls est à 65,régulier, légèrement hypertendu. On reprend l'alimentation prudemment et quelques jours après, cet homme était envoyé à Vincennes.

En résumé, ce malade âgé de 37 ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans et n'ayant eu cependant qu'une seule attaque de colique de plomb, est pris subitement, sans raison apparente, de crampes gastriques très violentes et de vomissements incessants ; ces phénomènes ne sont accompagnés d'aucun trouble intestinal.

La crise dure six jours, puis elle s'atténue rapidement.

Cette observation méritait, croyons-nous, d'être relatée. En effet, elle se distingue par plusieurs points des formes habituelles de la colique de plomb : le siège de la douleur, surtout épigastrique, ses caractères spéciaux,son intensité paroxystique, la fréquence des vomissements, et surtout l'absence des troubles intestinaux, sont autant de faits à souligner.

La douleur gastrique, avec sensation d' « estomac qu'on tord » est bien signalée dans quelques observations de Tanquerel des Planches (1) et de Bernard (2),mais alors, tous les autres symptômes existent, en particulier la constipation, qui est un phénomène presque constant ; dans quelques cas complexes la diarrhée a été signalée.

Ici, aucun signe n'attire l'attention sur des désordres intestinaux, malgré les plus vives souffrances gastriques ; Les selles sont quotidiennes et normales. L'intestin ne paraît nullement touché, quoique l'intoxication semble très violente. La localisation du syndrome est uniquement gastrique.

Il s'agit, somme toute, d'une véritable « crise gastrique » avec ses douleurs crampoïdes, et son intolérance absolue.

Le diagnostic de crise gastrique saturnine nous paraît donc s'imposer : d'une part, en raison des signes de saturnisme présentés par le malade (liséré gingival, légère anémie, hypertension artérielle, colique de plomb antérieure) d'autre part en raison de l'absence de tout antécédent gastrique, hépatique et névropathique, ainsi que de tout signe d'ordre tabétique.

(1) Tanquerel des Planches. — Traité des maladies du plomb, 1839.
(2) Henry Bernard. — *Loc. cit.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de « l'affaire de Mettray ». Le rôle du médecin dans l'éducation spéciale.

Dans beaucoup de pays, mais en France plus qu'ailleurs il existe entre les médecins et les éducateurs un antagonisme voulu ou inconscient, mais en tout cas non douteux. Et je me hâte de le dire, la faute n'en revient pas aux médecins : les éducateurs sont seuls responsables de cet état de choses, car voulant continuer à instruire, diriger et moraliser la jeunesse conformément à des méthodes vieillotes et surannées, ils écartent systématiquement le médecin qui désire s'appuyer sur des principes scientifiques et résultant de l'observation.

C'est pour cela que nous voyons la psychologie infantile, qui devrait être physiologique, rester confinée dans les généralités et ne jamais demander à la biologie les bases qui lui permettent de construire un édifice solide.

C'est en vertu de cette conception qu'à l'heure actuelle l'influence de la croissance et de la puberté sur les opérations intellectuelles n'a pas été envisagée sérieusement. Et d'ailleurs si l'on en parle dans les milieux éducatifs,on se garde bien d'affirmer au préalable la nécessité de fixer physiologiquement l'époque de la puberté en examinant les modifications de la sphère génitale.

N'a-t-on pas vu il y a quelques années une commission chargée d'étudier les enfants anormaux et d'organiser leur éducation, ne comprenant, sur 25 ou 30 membres, qu'un seul médecin, dont l'opinion fut d'ailleurs négligée ? Ne voit-on pas chaque jour des institutions, des écoles de préservation, des maisons de correction, recueillir des élèves manifestement malades et de mentalité anormale sans même s'enquérir de leur degré de dégénérescence, de ses causes, sans même constituer le dossier médico-pédagogique que les règlements ont prévus ?

Jusqu'ici nous n'étions que ridicules, je crains que l'affaire de Mettray ne nous fasse juger plus sevèrement.

La maison paternelle de Mettray est réservée aux enfants difficiles et aux fortes têtes ; c'est, dit-on, une maison d'instruction, un collège, où l'élève est isolé. Nul doute que cet isolement soit nécessaire à certains sujets, mais nul doute aussi que ce soit une mesure néfaste et absurde dans certains cas. Comment le savoir ? En examinant l'enfant et en s'inspirant des données de la biologie et de la mé-

decine. Dire qu'un enfant est difficile, c'est exprimer une opinion aussi vague que de dire qu'il digère mal. La mauvaise digestion peut provenir d'une mauvaise nourriture aussi bien que d'une lésion stomacale. Le caractère difficile est le résultat d'une mauvaise éducation aussi bien que d'une imperfection ou d'une perturbation des centres nerveux. Aussitôt qu'une chose n'est pas conforme à la normale, il est de toute nécessité d'analyser les faits et de faire un diagnostic.

Ce sont là des principes biologiques et des considérations médicales que trop souvent la pédagogie ignore ou ne veut pas connaître.

A Mettray, où plus qu'ailleurs un médecin devrait être consulté pour s'enquérir si tel enfant est justiciable ou non de l'isolement, ces principes ne sont certainement pas mis en pratique. Aussi qu'avons nous vu ?

Un enfant surexcité, énervé, sans volonté, souffrant d'une idée fixe et d'une passion contrariée, a été interné et soumis à un régime qu'on applique à regret aux gens bien portants ! Un criminel, qui est isolé, voit sa peine diminuée de moitié ; cette séquestration a toujours été considérée comme une aggravation de toute punition, or c'est ce mode de traitement qui est employé systématiquement dans cette maison d'instruction. Avant d'y soumettre un enfant, il était donc rationnel, humain et en tout cas scientifique de faire examiner le sujet.

Cet examen n'a pas été fait, ou bien il a été pratiqué avec une légèreté coupable. Les antécédents de cet enfant, les circonstances qui ont motivé son internement, sa tentative de suicide au cours du voyage, sa liaison avec un ami qui s'est également suicidé, sont autant de motifs sur lesquels un biologiste compétent se serait appuyé pour repousser cette médication mentale.

Dans certaines maisons de correction ou d'éducation spéciale, existent des faits analogues, qui se terminent heureusement d'une façon moins tragique ; aussi j'espère que, après cette triste expérience on exigera des directeurs une soumission aux règles essentielles de la psychologie des anormaux.

C'est en vain qu'on cherche quel est l'article du code qui a été violé dans l'affaire de Mettray ; les partisans de cette institution font remarquer qu'un père de famille a le droit de mettre son fils où cela lui plaît, et que personne n'a le droit de s'immiscer dans les affaires de famille. Il a été commis une *faute professionnelle* : une personne chargée de surveiller et transformer la moralité des élèves qui lui étaient confiés ignorait l'A B C de son métier.

Le coupable n'aura d'ailleurs pour se disculper qu'à alléguer qu'il fait partie du groupe imposant de ces éducateurs qui obéissent à l'empirisme et à la fantaisie, ignorent l'influence des états pathologiques et leurs réactions, et exigent des parents qui amènent leurs fils non pas des documents, mais le prix de la pension !

G. PAUL-BONCOUR.

MÉDECINE PRATIQUE

La biopsie. Son utilité en clinique ;

Par le Dr **DAVID**.

De toutes les notions dont la réunion compose la science médicale, la plus importante à acquérir est celle du diagnostic ; c'est elle qui dicte les principales modifications thérapeutiques, et c'est elle qui guide la main du chirurgien ou l'arrête pour lui éviter des mécomptes et des regrets. Le temps n'est plus où des erreurs parfois considérables pouvaient être impunément commises, parce qu'elle n'entraînaient le plus souvent aucun dommage pour le malade, soumis à un traitement purement médical, ou à une expectation plus ou moins déguisée.

L'intervention active, parfois grave, s'impose de nos jours dans un certain nombre de cas, et elle peut être suivie des plus défavorables résultats, si le diagnostic a été tardif ou erroné.

Au début d'un processus inflammatoire ou néoplasique alors que les symptômes objectifs manquent ou sont insuffisamment esquissés, la clinique, livrée à elle-même ne pouvant déterminer même d'une façon imparfaite le plus ou moins de malignité de la maladie, devrait s'adresser au microscope pour en préciser la nature ; c'est à lui de décider l'intervention, surprendre sur le fait l'évolution des éléments et donner une réponse immédiate, nette et décisive. Il ne suffit pas seulement de porter un diagnostic clinique de cancer de l'utérus ou de la langue, p. ex., pour procéder immédiatement à l'ablation de cet organe ; il ne s'agit des fois que d'une simple inflammation ou on a peut-être fait une erreur de diagnostic. Combien d'utérus n'a-t-on pas enlevés que l'on soupçonnait ou que l'on diagnostiquait cliniquement cancéreux et qui n'étaient atteints que de simple inflammation par métrite ?

J'ai cité un cas où un chirurgien, soupçonnant de cancer une langue, fit l'ablation totale et aussi large que possible de cet organe, et l'examen histologique, fait après l'opération, démontra d'une façon très nette qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique.

On doit réagir contre la tendance de certains chirurgiens, d'une part, qui estiment que le couteau doit servir à résoudre toutes les difficultés, et de certains médecins de l'autre qui croient que la clinique n'a pas besoin d'être vérifiée par des moyens de laboratoire plus précis, et par l'examen histologique au premier rang, s'il y a lieu.

Il faut s'élever de même contre la tendance que l'on a lorsqu'on se trouve en face d'une tumeur et qu'on hésite entre cancer, tuberculose ou syphilis, d'instituer d'abord un traitement anti-syphilitique. On sait que l'iodure donne un coup de fouet au cancer et que le mercure peut déterminer de la stomatite qui aggrave tous les symptômes du néoplasme et qui ne rétrocède qu'avec lenteur et difficulté. N'est-il pas plus simple de faire une biopsie et d'opérer immédiatement s'il s'agit de néoplasme que d'attendre que le traitement d'épreuve ait donné son avis au bout d'un certain temps, pendant lequel les vaisseaux et les ganglions peuvent être envahis par le processus néoplasique ?

La biopsie n'est pas seulement un grand facteur humanitaire, car elle empêche des opérations mutilantes, elle est encore un grand facteur scientifique. Par des études histologiques on est arrivé à déterminer et à classer une série d'affections qui cliniquement paraissaient divergentes.

Les dermatologistes savent comme il est difficile de distinguer certains lupus et les ulcères tuberculeux d'avec des syphilides tertiaires ; mais là où la biopsie a rendu des services immenses, c'est dans les tuberculides. Jusqu'il y a quelques années, on enfermait les manifestations cutanées de la tuberculose dans le cadre étroit des gommes tuberculeuses, de la tuberculose ulcéreuse aiguë, du lupus de Willau et des lésions papillomateuses de Riehl et Paltauf.

Avec la fréquence des études histologiques, on s'est aperçu qu'une série de dermatoses rangées dans des chapitres divers, tels : l'acné des cachectiques, l'acné scrofulosorum,

la folliculite disséminée ou groupée, l'acnitis, l'hydro-adénite destruens ou suppurative, le granulome innominé, le lupus érythémateux disséminé de Boeck, doivent être rattachés à la tuberculose, etc. On y a trouvé des lésions de structure franchement tuberculeuse, plasmazellen, cellules épithélioïdes, cellules géantes, ilots de nécrose, altérations vasculaires.

Avant les études anatomo-pathologiques, la tuberculose de la vulve était considérée comme une affection *rare*, or, depuis qu'on fait plus souvent des biopsies, les cliniciens se sont convaincus que là où ils avaient fait le diagnostic d'épithélioma ou qu'ils restaient indécis, l'histologiste leur disait que c'était de la tuberculose.

C'est ainsi que cette affection a acquis une place importante dans le cadre de ces néoplasies vulvaires naguère réunies sous le nom d'esthiomène de la vulve, parmi lesquelles on a isolé : l'épithélioma, la tuberculose ulcérée, les lymphangiectasies, les syphilides tertiaires, l'actinomycose, le molluscum contagiosum hypertrophique, le chancre simple, etc.

D'autres affections, à part le cancer, la tuberculose et la syphilis, où la biopsie a rendu des grands services au clinicien sont : la lèpre — on sait que cette maladie est de plus en plus répandue en France et qu'on y a trouvé dernièrement de nouveaux foyers — le mycosis fongoïde, les sarcomes et ses variétés — (lymphosarcomes, angiosarcomes, fibrosarcomes), l'actinomycose, le farcin, la morve, le rhinosclérome, etc. Dans toutes ces affections la biopsie est obligatoire, il en est cependant où elle peut être facultative, tels : les nœvi, les adénomes sébacés, les hydradénomes, les lipomes, les fibromes, les myxomes, les angiokératomes, l'urticaire pigmentée, les xanthomes, la ladrerie, etc.

Le manuel opératoire et la technique histologique sont des questions qui sortent du cadre que je me suis posé, c'est-à-dire de discuter l'utilité de la biopsie ; tout médecin peut et doit faire une biopsie, mais la coupe *doit* être examinée et interprétée par un histologiste compétent, car si des fois des divergences d'opinion se sont élevées entre clinicien et histologiste au sujet du diagnostic d'une tumeur et où le premier avait raison, c'est ou bien à cause de l'incompétence du dernier ou bien à cause des hybrides : épithélioma greffé sur le lupus ou sur la syphilis.

Nombreux sont les cas où le diagnostic clinique a été reconnu, par l'examen histologique, faux, et je conclus qu'il ne faut jamais pratiquer une ablation partielle ou totale d'un organe ou exciser une région accessible, pour tumeur, sans avoir préalablement fait une biopsie et s'être assuré par l'examen anatomo-pathologique que le seul remède est le bistouri.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 février 1909

Sur la digestion gastrique des laits de femme et d'ânesse. — M. ***L. Gaucher***. — En opérant sur des chiens porteurs de fistules duodénales permanentes, l'auteur a étudié comparativement le passage à travers l'estomac des laits de femme et d'ânesse, dont le mode de coagulation est un peu différent et a comparé les deux digestions. De cette comparaison il résulte que : 1° La traversée des laits de femme et d'ânesse est plus rapide que celle du lait de vache et s'effectue environ deux fois plus vite.

2° La caséine de ces laits, pas plus que celle du lait de vache, n'est peptonisée dans l'estomac.

Leur grande digestibilité est due à ce que la caséine, coagulée en petits flocons (lait de femme), ou en un caillot peu consistant et facile à désagréger (lait d'ânesse), peut évacuer l'estomac avec le minimum de travail mécanique.

L'antimoine dans la syphilis. — M. ***P. Salmon***. — Après avoir constaté en 1907 la valeur de l'arsenic comme médicament dans la syphilis, l'auteur a essayé l'antimoine, à titre préventif chez le singe, et curatif chez l'homme. Cinq animaux, injectés avec une éthylstibine, ont été préservés de la syphilis. L'antimoine métallique et l'antimoniate de soude n'ont rien donné ; l'émétique, des résultats inconstants. Chez l'homme, l'antimoine sous forme d'émétique donne des résultats plus favorables. Mais si les lésions primaires, secondaires et tertiaires peuvent rétrocéder, guérir, les rechutes de cette spirillose se produisent parfois très rapidement ; ces faits sont à rapprocher de la faible action préventive chez les singes et de la résistance des spirilles à l'émétique.

Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1909

Présentation. — M. ***Nestor Gréhant*** présente une note de M. OSWALD où il est démontré que les injections d'acide phénique glycériné, avec ou sans alcool, donnent, dans les cas de névralgies rebelles (faciales, sciatique, etc.), une interruption de la conductibilité nerveuse plus parfaite et plus durable qu'avec l'alcool seul.

Les médecins dont s'est inspiré Molière. — M. ***Cabanès*** montre, dans une étude intéressante, que Molière a puisé sa documentation médicale chez trois hommes qui furent les gloires médicales du XVIIe siècle : Gassendi, Rohault, Bernier.

Bernier, médecin explorateur, amoureux de voyages, écrivit une relation de ses diverses pérégrinations. La fameuse cérémonie du Mamamouchi dans le *Bourgeois gentilhomme* est certainement inspirée d'une de ses descriptions.

Rohault tint Molière au courant des découvertes de Harvey sur la circulation du sang.

Traitement des sténoses laryngées par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée. — ***M. Prieur*** a traité par cette méthode un rétrécissement d'origine traumatique, et un rétrécissement consécutif à une crico-trachéotomie. La perméabilité a pu être rétablie, elle se maintient, dans les deux cas, depuis plusieurs mois.

Traitement des spasmes graves de l'œsophage par l'œsophagoscopie. — MM. ***Delherm*** et ***Guisez*** ont guéri, par application locale de courants de haute fréquence, et sous le contrôle de l'œsophagoscopie, plusieurs malades atteint de cardiospasme à forme grave.

Rapport. — M. ***Kermogant*** lit un rapport sur un mémoire de M. Römer relative à la *Médecine des Bataks*, tribu anthropophage de Sumatra.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1909

Stérilisation des organes creux par l'air chaud. — ***M. Quénu.*** — J'ai communiqué à la Société une observation de stérilisation de la cavité d'un utérus cancéreux par l'air chaud entre 300 et 600°. — On a fait à cette manière de faire quelques objections théoriques. Les recherches expérimentales auxquelles j'ai procédé m'ont démontré que la température ne se propage dans les tissus qu'à une très faible épaisseur (1 millimètre environ). Il faut veiller avec soin à ce que la pression de l'air dans la cavité à stériliser ne s'élève pas. Il serait bon d'utiliser dans ce but un système à double courant.

La greffe ovarienne. — ***M. Mauclaire.*** — M. Quénu nous a communiqué à la dernière séance un cas de greffe ovarienne qui n'avait pas été suivie de succès. J'ai pratiqué une vingtaine de greffes de ce genre. Dans le plus grand nombre des cas, le résultat a été négatif. Dans un cas cependant la greffe faite à la partie supérieure de la cicatrice abdominale semble avoir bien pris, car les règles ont persisté et l'ovaire se gonfle à la période menstruelle. En outre la malade n'a pas eu de troubles de ménopause anticipée. Il est vrai que la persistance des règles peut s'observer après la castration, bien qu'à mon avis ces cas soient moins fréquents qu'on ne l'a dit.

J'ai pu réunir 13 observations américaines d'hétéro-greffage d'ovaire, c'est-à-dire de greffes faites sur un sujet avec l'ovaire d'un autre sujet. Dans 6 de ces cas, des malades qui n'étaient plus réglées ont vu revenir leur règles. L'une d'elles aurait même pu devenir enceinte et mener sa grossesse à terme. D'après les

travaux récents sur les greffes, je crois que si les résultats ont été jusqu'à présent négatifs c'est que l'on ne s'est pas suffisamment attaché à rétablir la circulation.

M. Souligoux. — Il n'est pas rare que les règles persistent après la castration. Pour pouvoir juger en toute connaissance de cause ces observations, il serait utile de savoir quelles étaient les causes qui ont amené ces chirurgiens américains à pratiquer la castration.

M. Tuffier. — La question des greffes ovariennes est fort complexe. Sur les 47 cas de ma pratique personnelle, aucun ne m'a donné de résultats précis, que l'ovaire ait été greffé dans l'abdomen ou sous la peau. Quelquefois les malades ont vu ces greffes augmenter de volume pendant quelques jours, mais cela sans aucune périodicité et sans aucun rapport avec la menstruation. Le plus souvent ces greffes s'atrophient. Les phénomènes de ménopause anticipée ont existé dans tous les cas. Les quelques biopsies que j'ai pu faire ne m'ont pas montré l'existence du tissu ovarien type dans ces ovaires greffés.

M. Lucas-Championnière. — J'ai étudié avec soin les cas cités en Amérique. Ils ne m'ont pas paru du tout convaincants.

M. Potherat. — J'ai vu, comme la plupart des chirurgiens, des ovariotomisées avoir encore leurs regles. Mais il me semble fort surprenant que des femmes castrées aient pu devenir enceintes à la suite d'une greffe ovarienne.

M. Segond fait remarquer que la persistance des règles peut souvent s'expliquer par une opération incomplète.

M. Quénu. — Je crois que le principal intérêt de la greffe ovarienne est dans la sécrétion interne de cet ovaire. Dans le cas que j'ai observé, l'histologie de l'ovaire greffé ne montrait plus trace de tissu normal. Mais chez des animaux j'ai trouvé dans des ovaires greffés des follicules de de Graaf typiques.

Occlusion intestinale aiguë post-opératoire. — *M. Reynier* présente un rapport sur une observation de M. Baillet ayant trait à un jeune homme chez lequel il avait pratiqué une désarticulation de l'épaule pour sarcome et qui, le 3e jour, en dehors de tout accident d'infection, fut pris de vomissements continus et d'une très vive douleur épigastrique. L'état général s'aggrava rapidement sans que la température s'élevàt. L'estomac se montrait sous la peau très dilaté. Des lavages d'estomac dénotèrent une hypersécrétion gastrique marquée et n'amenèrent qu'un soulagement momentané. Le malade s'affaiblissant de plus en plus, on se décide à intervenir. La laparotomie montre un estomac moyennement dilaté et rien d'anormal, sauf une sorte de contracture du jéjunum. On pratique une gastro-jéjunostomie. Mais le malade meurt dans la nuit.

Quelle est la cause de ces accidents graves ? La paralysie stomacale post-opératoire ne s'accompagne pas de douleurs ni de contractions stomacales. Il s'agit d'un cas d'occlusion intestinale post-opératoire comme quelques auteurs en ont déjà signalés (Bockhardt, etc.). La pathogénie en est encore obscure. Il semble qu'il y ait d'abord dilatation aigüe de l'estomac. Celui-ci repousse alors l'intestin en bas et, ce faisant, tire sur le mésentère et fait étrangler le duodénum entre la paroi dorsale et l'artère mésentérique. Cette explication admise par M. Lecène, qui a bien étudié la question, semble la plus plausible.

Quant à la thérapeutique de ces accidents, le mieux c'est de leur opposer le lavage d'estomac qui est le meilleur traitement de la paralysie stomacale, cause de tout le mal. Cependant si ces lavages ne suffisent pas à faire cesser les accidents, il est inutile de tenter une gastro-entérostomie qui dans de semblables conditions ne peut donner de succès. Il faut simplement mettre les malades dans le décubitus ventral ou dans la position genu-pectorale. Cela seul suffit à empêcher l'étranglement du duodénum par l'artère mésentérique. Cette manœuvre a déjà dans quelques cas donné des résultats remarquables.

Présentation de malades. — *M. Reclus* présente une malade qui, à la suite d'une brûlure, a eu une inclusion cicatricielle des doigts de la main droite et qui cependant est arrivée à tirer parti de sa main.

M. Pozzi présente un cas d'absence congénitale du vagin traité par autoplastie et port ultérieur d'un mandrin dilatateur.

M. Herbet présente un malade auquel il a extirpé une balle de l'hémisphère cérébral gauche.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février

Enseignement clinique dans les services de contagieux. — *M. Marfan.* — A propos de la difficulté d'enseignement dans les services de contagieux, mise en avant par une observation de M. Gouget, M. Marfan fait observer qu'il fait cet enseignement depuis six ans, et que en prenant toutes les précautions d'antisepsie et d'hygiène, il n'a eu à enregistrer que le minimum de contagion entérieure inévitable. Il faut pour cela ne pas craindre de changer fréquemment de blouse et de se laver tout le temps les mains.

Tétanos mortel malgré injection lombaire de sulfate de magnésie. — MM. *Sicard* et *Drenet.* — Tétanos à la suite d'une piqûre de morphine, accidents typiques. Injection lombaire de SO^4 Mg 3 c. c. d'une solution à 25 %. Sédation des symptômes pendant 24 heures. Mort 36 heures après l'injection avec dyspnée violente et 40°.

Phlegmon ligneux scopulocervical. — MM. *Sicard et Gougerot.* — Diabétique avec anthrax de la région cervicale, présente tous les signes du phlegmon ligneux décrit par Reclus : évolution torpide, douleur, œdème dur, absence de signes d'inflammation, Incision : pus avec staphylocoque pur. Guérison.

Appendicite par oxyures. — MM. *Brump et Lecène*, ont opéré un enfant à la troisième crise. Appendice avec folliculites, ecchymoses multiples, oxyures en quantité. Les coupes ont permis de mettre en évidence un oxyure mâle.

Tabes et grossesse. Crises gastriques simulant des vomissements incoercibles. — MM. *Dufour et Calmette.* Femme tabétique, dont le tabes se manifesta de toutes pièces à l'occasion de sa grossesse avec vomissements incoercibles relevant d'une lésion des cordons postérieurs (crises gastriques). Une fausse couche il y a 4 ans. Le traitement a évité une nouvelle fausse couche.

Paralysie récurrentielle d'origine saturnine. — MM. *Mosny et Stern.* — Peintre en bâtimenls, avec paralysie du récurrent gauche. Pas d'antécédents hystériques ni syphilitiques, mais 25 ans d'intoxication professionnelle. Radioscopie négative. Ces cas sont rares dans la littérature.

Syndrome de Stokes Adam chez un urémique; lésion du faisceau de His. — MM. *Courtois-Suffit* et *Chéné* : malade urémique avec bradycardie (36 pulsations) et crises épileptifermes suivies de pertes de connaissance. Autopsie : foyer de dégénérescence calcaire au niveau du faisceau de His, lésions constatées au microscope. Pas de lésions histologiques du bulbe ni de la protubérance.

Syndrome polyglandulaire par dyshypophysie et par insuffisance thyrotesticulaire. — MM. *Renon*, *Delille*, *Monier*, *Vinard* présentent le malade : 36 ans avec insuffisance génitale (anophrodisie, gynécomastie), insuffisance thyroïdienne et dyshypophysie, obésité, polyurie, hypertension légère sans céphalée. Cet ensemble de symptômes ressemble au syndrome décrit par les allemands sous le nom édiposogénital. La syphilis à 28 ans peut être invoquée comme cause du syndrome polyglandulaire.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 février 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Renouvellement des tissus. Rajeunissement des fonctions. (Suite de la discussion). — M. *Roeser.* — La cure de M. Guelpa est applicable dans la vieillesse où d'après M. Metchnikoff, se produisent des intoxications d'origine intestinale et des accumulations de matériaux de désassimilation, comme dans l'arthritisme. De plus, la leucocytose provoquée par cette cure, en même temps que le renouvellement du milieu, est de nature à changer l'action des phagocytes qui, dans la vieillesse, s'attaquent aux tissus sains pour les détruire. De cette façon sans doute, on obtiendra une vieillesse exempte de maladies et d'infirmités et le prolongement de la vie.

M. *Maurel* critique la conception de la faim telle que l'a formulée M. Guelpa. Par lui la faim n'est pas le « cri de l'orga-

nisme» infecté et intoxiqué. Le fait le plus constant dans toute infection et toute intoxication, c'est l'anorexie absolue et non la faim. Par la purge, M. Guelpa évacue les acides stomacaux qui sont les excitants actifs de la faim ; il crée de plus un état psychique antagoniste de l'appétit. C'est en somme en réalisant la diète absolue des excitants physiologiques de la faim que M. Guelpa la supprime.

M. *Guelpa* maintient les conclusions qu'il a émises précédemment et apporte de nouvelles observations dans le même sens.

Tuberculose laryngée et syphilis méconnue. Evolution et traitement. — M. *Dubar* montre que la syphilis et la tuberculose peuvent former une association morbide ou *métissage* dont la symptomatologie affecte des caractères tantôt spéciaux et tantôt se rapportant aux deux diathèses précédentes. Le traitement doit être dirigé contre la syphilis, et dans le cas particulier, l'emploi du biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse a donné des résultats. Toutefois, les lésions ressortissant à la tuberculose ont évolué sans rétrocéder. Donc, il convient d'instituer également un autre traitement ; au premier rang, il faut citer l'iode combiné au ratanhia, le méthylarsinate disodique à *hautes doses*, (10 à 20 centigrammes par 24 heures) et les inhalations médicamenteuses renouvelées 8 à 10 fois par jour et faites selon une technique précise.

M. *Mortier* cite le cas d'un malade venu, il y a 3 ans, à l'hôpital Bichat, consulter le Dr Picqué pour un néoplasme supposé du larynx. Après examen minutieux, on conclut à une syphilis tertiaire et le malade fut soumis aux piqûres d'huile grise. Malgré le traitement, la maladie évolua en peu de temps vers la mort. M. Mortier fut chargé de l'examen histologique de la lésion laryngée et conclut nettement à la tuberculose. On peut en conclure qu'il est difficile souvent de différencier la tuberculose de la syphilis et que, dans un cas de tuberculose, le traitement mercuriel semble aggraver rapidement l'état du malade.

Tables et maisons de régime. — Après une discussion à laquelle prennent part : MM. Dedet, Leroux, Maurice Faure, Dignat, Marcel Labbé, Nigay, Audistère, Mazeran, les conclusions des rapporteurs sont acceptées.

La gymnastique musculaire électrique. — M. *Laquerrière* montre que l'électricité permet, en déterminant des contractions musculaires artificielles, de réaliser une gymnastique qui est applicable dans les états les plus divers, même lorsque le muscle n'obéit pas à la volonté. La contraction musculaire électrique peut être employée seule, c'est alors l'*électro-cinémathérapie* ; mais l'auteur a montré que, grâce aux progrès de l'appareillage électrique, on peut aussi faire travailler électriquement le muscle sur une résistance extérieure, on a alors l'*électro-mécanothérapie*, qui ne peut être employée que dans certains cas.

ANALYSES

La matière colorante du sang ; par le Dr Diesing, de Berlin. (*Wiener Klinische Rundschau*, 1908, n° 49.)

L'auteur repasse en revue toute l'importance physiologique du sang et spécialement de l'hémoglobine, contenue dans les proportions de 13,8 % chez l'homme, de 12,6 % chez la femme soit 1035 gr. de matière colorante chez l'un, 947 chez l'autre. Ce kilog (en moyenne) d'hémoglobine, provient, par un de ses plus importants composants, du pigment cutané, et doit être considéré comme énergie de lumière emmagasinée chimiquement, et dont le rôle physiologique est des plus constants : c'est de l'énergie de vie.

A ne considérer que la fonction respiratoire, l'échange gazeux (O et CO 2) dépend de la façon dont se comportent les 2 minéraux contenus dans l'hémoglobine : le fer et le soufre. Dans chaque mouvement respiratoire, il y a changement dans les rapports de quantités entre les deux minéraux, et suivant que dans l'hémoglobine c'est l'affinité du fer ou celle du soufre qui l'emporte, il y a 2 centig. de l'un qui vont dans les tissus et 2 centig. de l'autre qui en reviennent : le fer fixe l'oxygène, le soufre fixe CO 2.

La matière colorante chargée d'oxygène, une fois dans les tissus, change de composition suivant les lieux de passage : cerveau, moelle, muscle, nerfs, rate, foie, reins, capsules surrénales ; cette différenciation se constate jusque dans la cellule, et se rapporte spécifiquement aux divers minéraux introduits alimentairement dans l'organisme : phosphore, iode, arsenic, manganèse, etc. Ces métaux et métalloïdes ont un grand rôle physiologique, comme transporteurs d'énergie, de lumière, laquelle est combinée chimiquement sous forme de matière colorante ; ils ont une action catalytique et fermentative. C.

Relation de 27 cas de chorée chronique ; par Hamlton. (*Am. Journ. of. insan*, janvier 1908.)

Ce travail est basé sur l'histoire complète de 27 cas de chorée chronique, dont plusieurs avec tableau généalogique complet.

Comparant ces cas entre eux, l'auteur étudie les antécédents de ces malades, similaires ou non ; les phénomènes morbides divers observés : état du cœur, cyanose, troubles vaso-moteurs, localisation des mouvements choréiques, troubles de la sensibilité ; troubles de la réflectivité, troubles psychiques. Mirallié.

De la valeur diagnostique des symptômes présentés par la partie supérieure de l'arbre aérien dans le rhumatisme, la goutte et le diabète, par le Dr Emile Mayer, de New-York. (*Pediatrics*, juin 1908.)

La partie supérieure de l'arbre aérien joue un rôle important dans l'étiologie du rhumatisme. On admet généralement que le rhumatisme est une maladie infectieuse due au streptocoque, et que la porte d'entrée en est la bouche par l'intermédiaire de l'anneau de Waldeyer.

De tous les travaux sur l'amygdale pharyngée il résulte qus des maladies générales sont indépendantes des amygdales dans 7 % des cas ; 83 % des cas reconnaissent comme causes les amygdales.

Dans les cas où les amygdales n'étaient pas infectées primitivement, de sorte que l'on peut admettre l'infection par la bouche, on trouve 35 % de rhumatisme articulaire, 33 % de néphrite, 22 % d'autres maladies.

Chas-Kiefer (*American Medicin*, septembre 1906) insiste sur les rapports existant entre l'amygdale et le rhumatisme articulaire aigu : il fait remarquer qu'il faut différencier les cas dans lesquels les amygdales sont la porte d'entrée de l'infection, le rhumatisme n'apparaissant qu'après une période d'incubation, et ceux dans lesquels, l'affection amygdalienne est une complication de l'arthrite rhumatismale. Sur 276 cas de rhumatisme, 2,3 % présentaient une amygdalite prémonitoire, et la période d'incubation dura 29 jours.

R. C. Brown (*N. Y. Medical Record*, 1907, vol. 71, page 341), dit que le rhumatisme est si fréquemment précédé d'amygdalite qu'on doit se demander s'il n'y a pas un germe spécifique du rhumatisme, et pour lui, le rôle de l'amygdale dans les maladies infectieuses est un rôle de protection, et la maladie dite amygdalite est un type de phagocytose, et se présente comme une réaction de défense.

Par contre, Flechter Ingals (*Laryngocospe* 1907, vol. XVII, page 72) dit que d'après ses observations, 45 % des cas d'amygdalite, avaient un passé rhumatismal, mais 16 % des cas d'autres affections de la gorge et de la poitrine avaient aussi un passé rhumatismal, de sorte que pas plus de 29 %, des cas d'amygdalite aiguë pouvaient être attribuées à l'infection rhumatismale, et encore pour la moitié de ces cas, l'origine était-elle douteuse.

Seulement 19 % de ces malades reconnaissent un rhumatisme articulaire et 18 % des douleurs musculaires étiquetées rhumatismales 8 % des cas d'amygdalite aiguë furent accompagnés ou immédiatement suivis de rhumatisme articulaire : la même proportion de malades se plaignirent de rhumatisme musculaire, et dans 5 % des cas, l'attaque de rhumatisme précéda immédiatement l'angine.

Pour cet auteur, il n'y a donc pas de preuve suffisante que l'amygdale est la seule ou la plus fréquente porte d'entrée de l'infection, et considérant que, suivant toute probabilité, le rhumatisme articulaire aigu représente le type atténué d'une infection sanguine de l'articulation, il admet que l'amygdale, avec sa facilité à s'infecter, joue le rôle d'une plaie septique, en amenant toutes les conséquences, variant en intensité et en localisation, le rhumatisme pouvant être considéré comme l'une d'elles.

L'observation ne semble pas justifier l'hypothèse que l'inflammation de l'amygdale puisse remplacer ou prévenir une attaque de rhumatisme.

Il ne semble pas exact pour Flechter-Ingals que le début du rhumatisme articulaire aigu soit presque toujours précédé par une amygdalite, et dans ses observations, il ne trouve que 2 % de ces cas. Cependant, dans 6 % des cas, des douleurs musculaires qui furent dénommées rhumatismales accompagnent l'amygdalite, mais elles peuvent être rattachées à la fièvre due à l'inflammation amygdalienne.

Jacobi (*Arch. Pediatrics*, juillet 1906) constate que dans la diphtérie, si la membrane est limitée à l'amygdale, il y a peu ou même pas de gonflement ganglionnaire, dans le voisinage ; mais si la membrane dépasse l'amygdale, ou si elle siège à une certaine distance de l'amygdale, les vaisseaux-lymphatiques augmentent de volume. Quand la fausse membrane recouvre les cordes vocales ou l'auge dans l'espace de Morgagni, régions ne présentant qu'un maigre réseau lymphatique, il n'y a pas d'adénite.

Pour Wood (*American Journal Med. Sciences, N. S.*, 131, page 620), l'origine amygdalienne du rhumatisme est de plus en plus admise par tout le monde, et il croit que l'amygdale est d'une importance capitale dans l'étiologie des infections parce que les cryptes qu'elle présente sont favorables à l'agglomération des micro-organismes.

E. A. Fracy (*Boston Medical and Surgical Journal*, 1907 vol. 157, page 144), rapporte deux cas d'inflammation aiguë de la gaine des tendons consécutive à une amygdalite aiguë.

Dans le diabète, on trouve des affections de l'arbre aérien supérieur, mais elles sont en somme peu fréquentes.

La furonculose diabétique du larynx apparaît parmi les dernières manifestations, et Leichtenstein (*Munch. Med. Wochenschrift*, 1900, n° 16, page 535), ne l'a rencontrée que deux fois sur 412 cas de diabète. La laryngite phlegmoneuse circonscrite, apparaît subitement ; il y a un processus inflammatoire suivi d'un exsudat séreux et au bout de peu de jours, l'abcès remplace l'œdème.

Frendenthal (*Annales of Otology*, 1899, page 293), rapporte cinq cas d'ulcérations diabétiques de la trachée, dont deux suivis de mort. Le troisième cas présentait en outre une ulcération de l'épiglotte et de l'espace interaryténoïdien chez un homme assez âgé et guérie par un traitement quotidien à l'esthoforme. Dans le quatrième cas, il y avait une ulcération de l'amygdale et l'analyse de l'urine fit reconnaître le diabète; enfin dans le cinquième cas, le malade présentait une ulcération du cartilage aryténoïde gauche.

Comme conclusions, on peut dire : 1° que l'infection tant rhumatismale que goutteuse pénètre dans l'économie par la bouche, l'opinion générale reconnaissant l'amygdale comme porte d'entrée.

2° Le rhumatisme peut frapper également le nez, le pharynx et le larynx.

3° La goutte se manifeste aussi sur le larynx, mais plus fréquemment sur la muqueuse nasale.

4° Le diabète peut être dépisté de bonne heure dans certaines affections du larynx. Dr Pierreson.

EXTRAITS DES PÉRIODIQUES FRANÇAIS

Valeur comparative de quelques procédés de recherche des pigments biliaires normaux dans l'urine, par le Dr L. Pron — La recherche des pigments biliaires dans l'urine est une opération elementaire de chimie biologique, qui se trouve indiquée aussi souvent que la recherche du sucre ou de l'albumine.

Le procédé le plus souvent employé dans la pratique médicale est la *réaction de Gmelin*. C'est, d'après Grimbert, le plus mauvais de tous ; il a, en effet, le défaut de ne donner de résultat positif qu'en présence d'une urine renfermant 5 p. 100 de bile et, d'autre part, comme l'acide nitrique sert aussi à caractériser le pigment rouge brun ou biliprasine, intermédiaire entre la bilirubine et l'urobiline, il est souvent difficile de distinguer, parmi la superposition ou le mélange des anneaux — anneau acajou vicilli de Gubler, pour la biliprasine et anneaux de l'arc-en-ciel, pour les pigments normaux — l'anneau vert pré, caractéristique de ces derniers éléments.

La réaction de Gmelin manque totalement de sensibilité et chacun a pu la trouver souvent absente, en opérant sur l'urine de malades atteints d'ictère orthopigmentaire aigu ou subaigu et présentant une coloration prononcée jaune d'or de tout le tégument. Il est aussi simple et plus sûr de lui préférer la *réaction de Smith* : coloration verte par la superposition d'une couche de teinture d'iode, ou la *réaction de Rosin* : coloration verte, en faisant arriver à la surface de l'urine, une solution alcoolique d'iode au centième ; ces deux réactions sont sensibles à 3 p. 100. Mais, Jolles a fait remarquer qu'avec l'antipyrine, la solution alcoolique d'iode ou centième donne également un anneau vert.

Le procédé le plus certain, à l'heure actuelle, semble être celui de *Grimbert*. Il consiste à ajouter à 10 cc. d'urine, 5 cc. de solution de chlorure de baryum au dixième, à agiter vivement et à centrifuger. On délaie le précipité formé de sulfate, de phosphate et de bilirubinate de baryum dans 4 cc. d'alcool à 90° renfermant 5 % de son volume d'acide chlorhydrique ; on porte au bain-marie bouillant pendant une minute et on laisse le précipité se déposer au fond du tube. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 10 fév. 1909).

Contre l'alcoolisme, par le Dr Ledoux, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Besançon. — L'auteur estime que l'éduéation populaire est de beaucoup plus efficace que les moyens fiscaux ou légaux. Mais les armes étatiques ne doivent cependant pas être négligées.

Deux moyens étatiques lui paraissent immédiatement possibles, dans la lutte antialcoolique, en attendant mieux (monopole russe, monopole d'Alglave, Bolag, Samlag, tous moyens encore possibles en France).

Ces deux moyens qu'il préconise dès maintenant sont :

a) La *suppression du privilège des bouilleurs de cru*. Ce privilège a été supprimé par M. Rouvier, croit-il, et n'a été rétabli que sous la pression désolante de la surenchère électorale. Pendant le régime de la suppression, la Société et la République ne s'en portaient pas plus mal, au contraire.

b) La *diminution du nombre des cabarets par extinction*. Il ne s'agirait pas de la fermcture des cabarets existants, mais de l'interdiction d'ouvrir de nouveaux débits : donc, pas de criailleries de la part des cabaretiers. Nous avons déjà une loi qui autorise les maires à interdire l'ouverture de cabarets dans le voisinage des écoles. églises, casernes, cimetières, etc. Pourquoi n'applique-t-on pas cette loi ou n'en rend-on pas l'application obligatoire ? A Lyon, M. Augagneur, homme de bonne volonté et maire énergique, par l'application si simple de cette loi, a réduit à 776 le nombre des cabarets. (*Rev. méd. de Franche-Comté*, 10 fév. 1909.)

BIBLIOGRAPHIE

L'eau de mer en injections hypertoniques dans le traitement des maladies chroniques ; par le Dr Le Méhauté, médecin principal de la marine en retraite. Prix : 1 fr. 50.

L'eau de mer seule, dit l'auteur, ne peut pas guérir l'avarie sans mercure et la fièvre paludéenne sans quinine Il faut associer l'action du plasma marin à celle du médicament approprié. Ce principe a guidé l'auteur dans son étude.

Le Dr Le Méhauté ajoute à l'eau de mer pure des phosphates, des arséniates, des sels mercuriels, des iodures, pour traiter avec succès la neurasthénie, la scrofule, l'avarie, l'artério-sclérose, etc.

On trouve dans la brochure des détails précis sur la technique à suivre. La lecture des observations cliniques est des plus intéressantes : elles font ressortir les avantages des plasmas marins hypertoniques injectés sous un petit volume. Le médecin ne perd pas de temps en faisant une injection de 5 cc. ou 10 cc. Celle-ci est acceptée par le malade plus volontiers que l'injection d'un volume cinq ou dix fois plus considérable.

Ces petites doses écartent, pour le praticien, la crainte des accidents consécutifs à une hypertension provoquée par l'injection de doses massives. Par sa simplicité et par ses avantages pratiques, cette méthode est appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique journalière.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Méningites urémiques. Méningites scarlatineuses.

Leçon faite par M. le professeur **HUTINEL** aux Enfants-Malades (1).

Messieurs,

A propos d'un malade de notre service, je vais étudier devant vous un sujet dont on a beaucoup parlé ces derniers temps, à savoir les méningites urémiques et spécialement les méningites au cours de la scarlatine, avec ou sans manifestations urémiques.

En 1907, dans un article de la *Semaine médicale*, M. Lépine discutait l'existence de cette méningite urémique, et rapportait à ce sujet des observations intéressantes.

Chez trois individus ayant succombé au cours de néphrites anciennes, M. Lépine constata soit un épaississement localisé de la pie-mère, soit une congestion très marquée et très étendue des méninges et même de la substance cérébrale. Chez l'un de ces malades, il n'y avait eu que du délire comme symptôme révélateur de cette réaction méningée, les deux autres malades avaient présenté des symptômes assez nets de méningite. Pour M. Lépine, c'est le processus toxique, urémique, qui agit directement sur le cerveau et les méninges.

Peu de temps après, M. Chauffard rapporta l'observation d'une femme de 60 ans chez laquelle, au cours d'une crise d'éclampsie, la ponction lombaire donna issue à un liquide amicrobien, riche en urée, mais contenant en abondance des polynucléaires, dont la caractéristique était d'être *intacts*, fait sur lequel MM. Widal, Lemierre et Boidin ont spécialement attiré l'attention et que nous aurons l'occasion de rappeler dans un instant.

La malade de M. Chauffard n'avait présenté et ne présenta dans la suite ni Kernig, ni vomissements, ni raideur de la nuque : elle guérit parfaitement. Il s'agissait là plutôt d'un état méningé que d'une méningite véritable.

Il faut ajouter à ces faits, l'observation absolument analogue de MM. Caussade et Willette, qui constatèrent aussi au cours d'une urémie comateuse, un liquide céphalo-rachidien amicrobien, mais riche en polynucléaires nullement altérés.

Ce ne sont pas là des méningites, mais des états méningés, caractérisés par une fluxion blanche, diapédèse de leucocytes non altérés, phénomène complexe dans lequel, suivant M. Chauffard, interviennent, au cours de l'urémie aiguë, la rétention azotée, une rétention toxique, et d'autre part l'hypertension artérielle, augmentée par les crises éclamptiques.

Sans vouloir insister plus longuement sur l'historique de ces méningites urémiques, ou de ces états méningés il va suffire de retenir ces deux modalités de réaction méningée au cours de l'urémie, pour pouvoir aborder utilement la description du cas qui nous intéresse.

Il s'agit d'une méningite suppurée, apparue au cours d'une néphrite aiguë probablement post-scarlatineuse, avec crises convulsives d'urémie.

Le malade en question est un enfant de 15 ans, dont les antécédents n'offrent rien de bien spécial ; dix jours avant son entrée à l'hôpital, il eut quelque vague malaise, auquel il ne prêta pas attention puis sa santé redevint normale, quand vers le 23 janvier il se plaignit de douleurs vagues dans les lombes et d'une dyspnée assez notable, en même temps son ventre et ses jambes enflaient, et il n'urinait plus. Deux jours plus tard, il est amené à l'hôpital et le diagnostic d'anasarque s'impose à première vue.

Mais quelle était la cause de cette néphrite aiguë avec anasarque. On discutait pour savoir s'il s'agissait simplement d'une néphrite « a frigore » ou d'une néphrite secondaire à un impetigo léger de la face, quand on apprit que la sœur de cet enfant était soignée pour une néphrite scarlatineuse, et que pendant l'évolution de la scarlatine, les 2 enfants étaient restés dans la même chambre. Nous rappelant le malaise antérieur accusé par notre malade, il devenait facile de conclure à l'évolution d'une scarlatine bénigne méconnue, compliquée de néphrite aiguë avec anasarque.

L'état général du malade était assez alarmant, la dyspnée, les vomissements, certains phénomènes nerveux, agitation, subdélire, faisaient craindre l'apparition de crises éclamptiques, aussi d'urgence pratiqua-t-on une saignée de 275 gr.

Le malade émit ce jour-là 100 gr. d'urine contenant 10 gr. d'albumine, 2,36 de NaCl ; la tension artérielle était de 16,75 à l'appareil Potain et de 15 au sphygmosignal de Vaquez. L'aire de matité cardiaque était de 96 cm., le foie sur la ligne mamelonnaire avait 27 cm. de hauteur, le pouls était à 92. Pas de bruit de galop véritable, mais un simple trouble du rythme cardiaque.

Le lendemain 26, grâce à la saignée, à la diète hydrique, l'état général est un peu meilleur : la quantité d'urine n'est cependant pas très augmentée 150 c. c. La pression artérielle est identique à celle constatée la veille. On pratique ce jour-là une ponction lombaire. Il n'existe aucune modification du liquide céphalo-rachidien (examen chimique, bactériologique, et cytologique).

Le 28 janvier, l'état général est manifestement meilleur, le malade a uriné 400 gr., albumine 5 grammes ; la pression artérielle est toujours à 16, l'aire de matité cardiaque a notablement diminué : 81 cm. ; le foie est gros 28 cm. de hauteur : l'enfant a perdu 1 kilogramme de son poids. Tout serait mieux, sauf un mouvement fébrile qui se dessine ; cette fièvre est mise sur le compte d'un abcès qui se développe dans la cuisse droite, dû vraisemblablement à une piqûre d'huile camphrée, non aseptique pratiquée le 25 janvier.

Le 30 janvier, la fièvre augmente ; l'abcès s'est développé : il trouve dans ces tissus infiltrés de sérosité un milieu de culture favorable.

Dans la soirée du 31 janvier, l'enfant se plaint de céphalée, il présente quelques mouvements convulsifs ; la pression artérielle est de 17,50, l'aire de matité cardiaque s'est considérablement accrue : 98,77, le foie est plus gros : 30 cm. de hauteur. Les phénomènes convulsifs s'accentuant, on porte le diagnostic de réapparition des accidents urémiques et convulsifs ; on pratique une nouvelle saignée qui ne donne issue qu'à 75 gr. de sang ; dans la nuit, le malade présente des accidents éclamptiques puis comateux, et au matin du 1er février, vous avez pu assister pendant la visite à de multiples crises convulsives éclamptiques. On pratique alors une nouvelle saignée de 400 cc. et une ponction lombaire. Malgré cette médication, à laquelle on associa la caféine, l'huile camphrée, l'enfant succombe, quelques heures plus tard.

La ponction lombaire avait donné issue à un liquide louche, sans hypertension, qui, examiné aussitôt après, permit de constater une abondance considérable de germes microbiens, diplocoques arrondis ou lancéolés, s'accom-

(1) Le 6 février. Leçon recueillie et rédigée par M. Milhit, interne du service.

pagnant d'une légère réaction cellulaire à polynucléaires très altérés, avec dégénérescence basophile du protoplasma. Le germe, identifié par des examens directs et des cultures, est le pneumocoque.

Il s'agissait donc d'accidents convulsifs dus à une méningite aiguë.

L'autopsie permit d'ailleurs de constater dans les espaces sous-arachnoïdiens, le long de la gaine des vaisseaux, des traînées de pus, surtout à la convexité, suivant la règle habituelle.

Même aspect au niveau de la moelle, sur toute la partie postérieure et inférieure.

Aucune lésion du côté de l'ethmoïde, du sphénoïde; pas de pus dans l'oreille interne ; pas de thrombose des sinus

Je vous signale rapidement l'hypertrophie du cœur surtout marquée au niveau du ventricule gauche, l'hypertrophie considérable du foie (1.140 grammes), la présence de liquide dans les plèvres, le péritoine, le péricarde, et je me contente d'insister un peu sur les lésions rénales : gros reins blancs, se décapsulant facilement, et présentant un piqueté hémorrhagique dans la substance corticale.

Telle est l'évolution clinique brièvement résumée de ce petit malade.

Il s'agissait d'une néphrite aiguë post-scarlatineuse avec anasarque (ce diagnostic étiologique ne nous paraissant pas douteux), qui présenta d'abord une amélioration des symptômes urémiques à la suite d'une première saignée — puis qui fut pris de fièvre, mise sur le compte d'un petit abcès de la cuisse, et à nouveau de symptômes, (crises convulsives, coma), imputés à l'urémie, phénomènes que la ponction lombaire et l'autopsie nous montrèrent dépendre d'une méningite cérébro-spinale suppurée.

Cette observation présente donc 2 faits particulièrement intéressants : 1° l'apparition d'une méningite au cours d'une néphrite scarlatineuse ; 2° la difficulté de différencier ces accidents convulsifs, d'origine méningée, des accidents convulsifs, éclamptiques, urémiques, au cours de la scarlatine.

L'éclampsie urémique scarlatineuse, sans être très fréquente, est néanmoins bien connue, et l'année dernière, MM. Nobécourt et Harvier en rapportaient à la Société médicale un exemple typique observé dans le service, avec examen absolument négatif du liquide céphalo-rachidien.

Vous vous rappelez ce que je vous ai dit, au début de cette leçon, des fluxions blanches, des poussées leucocytaires, observées par certains auteurs au cours d'urémie convulsive dans le liquide céphalo-rachidien ; ces constatations nous permettent d'en supposer de pareilles au cours de la scarlatine, et dans ces cas le diagnostic avec la méningite, même après la ponction lombaire, sera hésitant et devra se baser alors sur les cultures du liquide et sur l'examen minutieux de l'état de conservation des leucocytes examinés.

M. Crouzon signale, d'après Bourneville, pour parvenir au diagnostic, l'élévation de la température constante dans les méningites.

Dans le cas de M. Chauffard, sans méningite cependant, il y avait 40° au début : dans notre cas, l'élévation de la température fut attribuée au phlegmon de la cuisse, et le diagnostic d'éclampsie scarlatineuse, affirmé malgré cette élévation de température.

Il y a d'ailleurs des urémies qui rappellent, qui simulent absolument la méningite : deux médecins américains Johnson et Tuttlé, en rapportent deux cas absolument typiques : ces faits ont d'ailleurs parfaitement été observés et décrits par Parrot. Retenez donc, Messieurs, la difficulté de ce diagnostic entre l'urémie convulsive scarlatineuse et les accidents méningés.

Est ce à dire que ces méningites au cours de la scarlatine soient extrêmement fréquentes.

Certes non, puisque leur existence même a été niée par Reimer, Thomas, Eichorst, et puisque Trousseau, Hébra disent n'en avoir jamais observé. Cependant leur existence est incontestable et à l'occasion d'un cas typiques très complètement observé par eux, MM. Gouget et Bénard ont présenté à la Société Médicale une sorte d'étude d'ensemble de cette méningite scarlatineuse avec une revue critique des observations analogues éparses dans la littérature médicale.

MM. Teissier, Bourdon et Duvoir en rapportent également une observation spécialement intéressante, et M. Netter en a signalé également un autre cas ; l'existence de cette méningite est donc parfaitement incontestable.

Personnellement j'en ai observé un certain nombre, mais le plus souvent il s'agissait de méningites secondaires à une otite moyenne ou à une infection du voisinage, nez ou cavum. Ce mode de propagation de l'infection est celui le plus fréquemment observé dans la pathogénie des méningites scarlatineuses signalées par les auteurs ; il n'y a pas lieu de s'en étonner, ou plutôt étant donnée la fréquence des lésions de l'oreille, du cavum, au cours de la scarlatine, il y a plutôt lieu de s'étonner de la rareté de ces accidents méningés.

Plus intéressantes, par contre, sont les méningites scarlatineuses qui, comme celle rapportée par Teissier, comme la nôtre, résultent, non pas d'une infection par contiguïté, mais probablement d'une véritable septicémie — à streptocoques dans le cas de Teissier, à pneumocoques dans le nôtre.

Une première ponction lombaire dans notre cas, lors de l'entrée du malade, avait permis de constater l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, et d'affirmer à ce moment le diagnostic d'urémie ; puis une infection locale, un abcès s'étant produit, grâce à l'anasarque, les germes ont pu diffuser rapidement, et c'est ainsi, que, dans ce cas, probablement a pu se réaliser la septicémie.

Pourquoi cette localisation sur les méninges, alors que dans la scarlatine, ce sont plutôt les articulations, le péricarde, l'endocarde, qui d'habitude sont lésés ? Peut-être à la suite des phénomènes urémiques à forme nerveuse primitivement constatés, les méninges et la moelle de cet enfant avaient-elles été plus ou moins lésées, plus ou moins altérées, leur résistance à l'infection diminuée ; elles avaient été en quelque sorte préparées, mordancées par l'urémie, — et c'est pourquoi électivement le germe infectieux était venu se localiser à leur niveau.

Je me contente de vous signaler cette hypothèse — et je préfère, en terminant, retenir votre attention sur l'existence de cette éclampsie urémique scarlatineuse, sur la difficulté de son diagnostic dans certains cas avec la méningite scarlatineuse, surtout avec la méningite, qui reconnaît comme cause, non la propagation d'une otite moyenne, mais une véritable septicémie, secondairement localisée aux méninges, favorisée peut-être, dans certains cas, par les processus toxiques qui accompagnent les accidents urémiques, dans certains cas enfin, pour une raison qui nous échappe encore.

Paralysie associée du grand dentelé ;

Par André **REUBSAET** et André **BARBIER**
Internes des hôpitaux de Paris.

Il y a six mois, N... S.., cocher, tombe de son siège, le cheval ayant fait un écart. Dans cette chute, le crâne porte sur le sol au niveau de la région temporale droite ; il se produit une plaie du cuir chevelu. De plus, et il faut attirer l'attention sur ce point, l'épaule droite a frappé verticalement sur la roue de la voiture : il se produit une contusion au niveau de l'acromion et de la partie externe de la clavicule. Quelques jours après l'accident, se montrait une ecchymose couvrant presque tout le moignon de l'épaule. Pendant quinze jours, le malade dut interrompre son travail, il souffrait de l'épaule et à la base du cou. Puis il reprend son travail et ne ressent qu'une certaine gêne des mouvements. C'est par hasard son patron qui lui fait remarquer que son épaule présente une difformité.

Deux mois après l'accident, apparaissent des douleurs violentes partant du creux sus-claviculaire, irradiant légèrement dans le bras, sans aller jusqu'à l'avant-bras. Progressivement, la gêne des mouvements s'accentue et le malade doit interrompre son travail.

Examen du malade : *Au repos*, quand on regarde le malade de dos, on voit une déviation légère, mais nette, de l'épaule et du scapulum droits.

1° Le moignon de l'épaule est légèrement abaissé.

2° L'espace interscapulo-vertébral est déprimé et dépressible du côté droit, par suite de l'atrophie des faisceaux moyens et inférieurs du trapèze.

3° Le bord spinal de l'omoplate fait une saillie légère sous la peau, nettement plus marquée à droite. L'angle inférieur est plus haut sur le thorax que du côté gauche ; il fait plus saillie. Il y a une véritable encoche à ce niveau et un doigt peut se loger au-dessous de la feuille de l'omoplate. Le bord spinal de l'omoplate est légèrement oblique de haut en has, de dehors en dedans et d'avant en arrière, par rapport au rachis. L'angle supéro-interne est à 8 centimètres 1 2 du rachis, l'angle inférieur à 7 centimètres 1/2 seulement.

Quand on examine le thorax par la face antérieure, on ne voit pas de déformation. Si on l'examine par la face latérale, on voit de l'atrophie des digitations du grand dentelé.

Mouvements de l'épaule. — Le malade ne peut pas élever le bras droit au-dessus de l'horizontale et encore il ne se maintient dans cette position qu'avec difficulté. Si pendant que le bras est dans cette position, on examine le thorax par la face dorsale, on voit que les déviations de l'omoplate sont beaucoup plus accentuées qu'au repos ; l'omoplate se détache du thorax, se porte eu haut. L'angle inférieur fait une saillie de cinq centimètres à la surface du thorax. Au point le plus proche, le bord spinal est encore à quatre centimètres de saillie ; aussi entre la face postérieure du thorax et le bord interne de l'omoplate se creuse une gouttière, très profonde dans le 1/4 inférieur, mais comblée en partie dans les 3/4 supérieurs par la contraction de quelques fibres du trapèze.

Si on fait porter le bras en avant jusqu'à l'horizontale, la saillie de l'omoplate s'accentue encore, au point que la lame de l'omoplate tend à s'orienter dans un plan antéropostérieur ; le bord spinal fait une saillie de 5 centimètres à la surface du thorax, l'angle inférieur est à 6 centimètres du thorax.

Si l'on donne au malade un point d'appui pour soutenir le bras dans cette position, le bras est maintenu en avant sans effort, la déviation de l'omoplate disparaît presque complètement.

Le creux de l'aisselle présente quelques modifications. Les digitations du grand dentelé qui garnissent la paroi interne sont atrophiées. La paroi postérieure est aussi moins étendue transversalement et tend à se placer sur le même plan que la paroi interne.

On peut faire contracter les autres muscles voisins, le grand pectoral, le sus et le sous-épineux, l'angulaire, le petit rond et le grand rond ; leur contraction est normale. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires sont sans intérêt ; le malade a présenté des maladies d'enfance, aurait eu, dans les colonies, du scorbut, du paludisme ; il commet quelques excès alcooliques.

Examen des réactions électriques. — L'examen a été pratiqué par M. Huet, de la Salpêtrière ; sur *le muscle du grand dentelé*, l'excitabilité faradique est très diminuée, sinon abolie : les courants les plus forts que peut supporter le malade ne produisant pas de contraction d'aucune des digitations. L'excitabilité galvanique est diminuée et modifiée qualitativement ; il y a inversion polaire et contraction lente.

Sur le nerf du grand dentelé, dans le creux sus-claviculaire, un fort courant faradique ne produit pas d'excitations.

B) *Sur la partie inférieure du trapèze*, au courant faradique, il y a diminution, mais non abolition ; seuls les courants forts produisent quelques contractions ; au courant galvanique, dans la même partie du muscle, l'excitabilité est notablement diminuée, elle est modifiée qualitativement avec lenteur de contraction et inversion polaire.

C) *Sur les autres muscles*, partie supérieure du trapèze grand dorsal, petit rond, sous-épineux, rhomboïde, deltoïde, grand pectoral, toutes réactions normales. Mais la partie moyenne du trapèze et le rhomboïde présentent une excitabilité faradique et galvanique normales en qualité, très légèrement diminuées.

***

Ainsi ce malade présentait une paralysie du grand dentelé associée à une paralysie du faisceau inférieur du trapèze, une parésie du faisceau moyen du trapèze et du rhomboïde.

L'association de la paralysie du faisceau inférieur du trapèze, du faisceau moyen du trapèze, et du muscle grand dentelé n'est pas rare ; il en existe un assez grand nombre de cas. Les auteurs ont cherché à expliquer la cause de cette association fréquente. Pour Souques et Duval (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1898), le trapèze scapulaire forme un muscle distinct anatomiquement et physiologiquement du trapèze claviculaire.

Au contraire, le trapèze scapulaire et le muscle grand dentelé forment un groupe de deux muscles à synergie fonctionnelle.

C'est leur synergie fonctionnelle qui explique probablement leur solidarité pathologique.

Au point de vue du diagnostic on peut se demander ici s'il ne s'agirait pas d'une paralysie hystérique du grand dentelé.

Verhoogen a insisté sur les caractères de cette paralysie. Mais elle est accompagnée de troubles spéciaux de la sensibilité. Dans le membre supérieur correspondant à la paralysie, la sensibilité est diminuée dans la peau de la région de l'omoplate, et sur toute la surface du bras, de l'avant-bras et de la main. Il y a de l'anesthésie pharyngienne. Dès la première séance de bains statiques avec étincelles sur le bras et l'épaule, une des malades se trouvait beaucoup mieux. Verhoogen insiste, au sujet de ces paralysies, sur la possibilité, dans les paralysies hystériques, d'une augmentation de la résistance des nerfs au courant galvanique électrique, mais il n'y a jamais modification qualitative de la formule (Vigneron).

Chez notre malade, la présence des réactions de dégénérescence, les caractères cliniques de la paralysie associée, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une paralysie de nature organique et dont la cause est périphérique.

Le malade a subi une contusion au niveau de l'acromion

et de la partie externe de la clavicule. Peut être une contraction brusque et synergique du trapèze scapulaire et du grand dentelé a-t-elle amené un tiraillement du nerf du grand dentelé et des rameaux trapéziens ?

Le malade a quitté l'hôpital sans qu'aucun traitement ait pu lui être appliqué.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Amours expérimentaux.

Les Dieux s'en vont ! L'Amour vainqueur, chanté par les Poètes, est devenu un sujet d'expériences. Les Cours d'Amour se tiennent dans les laboratoires : Cupidon, enfermé dans une cage à lapins, y est entouré d'hommes graves, qui chaussent leurs lunettes pour épier ses gestes et marquer les coups.

Vénus, tout entière à sa proie attachée, est, en l'espèce, une pauvre petite lapine, dont on surchauffe les désirs, et dont on numère les faiblesses et dont la honte est dévoilée en pleine Société de Biologie.

L'Amour, dont le nom seul humecte les yeux de tant de jeunes ou de vieilles beautés, s'y appelle vilainement le rut ; c'est un phénomène périodique que l'on rattache prosaïquement au développement des glandes sexuelles, et l'on se chamaille ferme, entre histologistes, pour savoir s'il est conditionné par le développement des follicules ovariens ou par celui des corps jaunes.

A Nancy, MM. Ancel et Villemin tiennent pour le corps jaune ; à Lyon, M. Regaud rompt des lances en faveur du follicule de Graaf : chacun est à la tête d'un harem important de lapines : chacun y provoque les passions et épie leur résultat.

MM. Ancel et Villemin s'appuient sur le fait que le follicule de Graaf crève au moins une dizaine de jours avant les règles (qui, comme chacun sait, représentent le rut chez la femme), tandis que le développement des corps jaunes se produit au moment précis du rut. Le rut est donc pour eux provoqué par la secrétion interne des corps jaunes.

Mais M. Regaud conclut de façon opposée. Après avoir observé le coït d'un nombre incommensurable de lapines, il se croit capable de définir le rut de ces animaux : une lapine en rut est celle qui accepte le coït, tandis qu'elle le refuse à un autre moment : pour savoir si une femelle est en rut, il suffit donc de voir si elle est disposée au coït. Or l'observation 215 à bien montré que le rut se produit parfois sans qu'il y ait, dans l'ovaire, la moindre trace de corps jaune.

M. Regaud admet, par contre, que le follicule de Graaf est presque à maturité au moment du coït, c'est-à-dire au moment du rut. Mais c'est, semble-t-il, le coït lui-même qui provoque la rupture du follicule ovarien et, par conséquent, la mise en liberté de l'œuf.

M. Regaud constata, d'autre part, que, si on met en présence une lapine en rut et un mâle, et si l'on met obstacle à l'accouplement (ces expérimentateurs n'ont, vraiment, aucune pitié ; comme ils méritent les foudres des vieilles demoiselles protectrices des animaux !), ce coït avorté ne suffit plus pour provoquer la rupture du follicule ovarien. Tout au plus, plusieurs tentatives empêchées de coït mettent-elles la femelle (et probablement aussi le mâle que personne ne plaint en cette affaire) dans un état de surexcitation prolongé et si violent : il se produit parfois alors le même effet qu'après le coït, c'est-à-dire une rupture folliculaire.

Ne se mettant pas d'accord, les deux camps se replongèrent dans leurs contemplations passionnelles.

M. Villemin affirma qu'une femelle, isolée loin du mâle pendant plusieurs semaines, et n'ayant, par conséquent, pas coïté depuis longtemps, a des corps jaunes en période d'état, témoignant d'une ovulation spontanée.

Mais M. Regaud accusa violemment les lapines de M. Villemin de l'avoir trompé et d'avoir coïté à son insu !

Douter ainsi de la vertu des lapines de M. Villemin ! Les croire capable d'une dissimulation féminine que l'on pensait, jusqu'ici, propre à l'espèce humaine ! Dire enfin, que la prétention à la vertu des lapines de Nancy « équivaut à nier toute science acquise » Oh ! M. Regaud ! comme l'histologie nous rend clairvoyant sur les choses de l'amour ! Et comme il est heureux, pour les femmes adultères, que vous ne puissiez pas examiner leurs petits follicules !

Même après ces révélations accablantes sur la vie de bâtons de chaises de ses lapines, M. Villemin ne se tint pas pour battu ; il affirma donc que « l'action du mâle s'exerce, même si la femelle est placée dans une cage voisine ».

M. Regaud dut reprendre son poste d'observateur, il provoqua de nouvelles passions, à distance cette fois. Mais il faut croire que les femelles de Lyon sont moins excitables ou plus positives que celles de Nancy : car le voisinage prolongé du mâle, sans accouplement, fut insuffisant pour provoquer chez elles l'ovulation.

Voilà, pour le moment, où nous en sommes. Dieu de l'Amour ! faites que nous sachions si la cohabitation avec un mâle a quelqu'influence sur le rut !

Que mes savants collègues me pardonnent ce badinage de Carnaval : car nul, plus que moi, n'a d'estime pour leurs beaux travaux.

La question qu'ils cherchent à résoudre est, en réalité des plus importantes, mais des plus difficiles. J'en sais quelque chose ; car je m'y suis, moi aussi, attaqué jadis. Ce fut même, en 1894, ma première recherche qui ne fut, d'ailleurs, jamais publiée.

Pour expliquer la périodicite du rut, j'avais recherché s'il ne se trouvait pas, à ce moment précis, dans le sang, une substance particulière, dérivée d'une sécrétion interne, et capable de reproduire le même phénomène chez un autre animal. J'avais donc, à maintes reprises, saigné des chiennes en rut et injecté une assez grande quantité de leur sang à d'autres chiennes qui ne se trouvaient pas dans le même état. La première expérience fut couronnée d'un plein succès : la chienne injectée entra bientôt en chasse et je crus la partie gagnée. Mais d'autres expériences furent moins nettes et je ne publiai point ces résultats.

L'existence d'un principe aphrodisiaque dans le sang ou dans les organes génitaux des femelles en rut est, d'ailleurs, de connaissance ancienne, et l'on connait, à ce propos, la merveilleuse histoire racontée par maître Rabelais,

que nos lecteurs me sauront gré de leur rappeler en ces temps de Jours Gras.

Panurge, voulant se venger d'une noble dame, qui l'avait éconduit, prit les organes génitaux d'une chienne en chasse, les râpa et en saupoudra la robe de la dame.

« Panurge promptement sema la drogue qu'il avoit, sur elle, en divers lieux et mesmement au replis de ses manches et de sa robbe : puis luy dit : « Ma dame, les pauvres amans ne sont pas toujours à leur aise. Quant est de moy, j'espère que les males nuictz, les travaulx et ennuitz esquels me tient l'amour de vous me seront en déduction de autant de peines de purgatoire. A tout le moins, priez Dieu qu'il me doint en mon mal patience ». Panurge n'eut achevé ce mot que tous les chiens qui estoient en l'église accoururent à cette dame pour l'odeur des drogues que il avoit espandu sur elle. Petits et grands, gros et menuz, tous y venoyent, tirans le membre, et la sentens et pissans partout sur elle. »

Mais étaient-ce les corps jaunes, les follicules de Graaf ou les glandes vaginales que Panurge avait ainsi utilisés pour cette opothérapie réservée à l'usage externe ?

Paul CARNOT.

MÉDECINE PRATIQUE

La bronchite chronique non tuberculeuse de l'enfant ;

Par le Dr DELÉARDE

Agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lille.

A la suite d'une coqueluche, même de moyenne intensité, d'une broncho-pneumonie rubéolique, d'une simple bronchite négligée et mal soignée chez un rachitique par exemple, enfin, plus souvent qu'on ne l'admet généralement, chez les adénoïdiens présentant des infections bronchiques fréquentes et répétées à de courts intervalles, on peut voir se développer à tout âge de l'enfance, mais surtout à partir de 3 à 4 ans, la bronchite chronique.

Cette affection, que l'on rencontre dans tous les milieux, mais plus particulièrement là où les enfants ne sont pas surveillés, est caractérisée, comme symptômes cardinaux, par une toux grasse, fréquente, avec une expectoration franchement purulente, d'un jaune verdâtre, et des signes stéthoscopiques souvent fugaces, peu marqués, tels que quelques râles muqueux disséminés dans les deux poumons.

La sensibilité des bronches à la moindre cause de refroidissement réveille des poussées aiguës qui provoquent pendant quelques jours une fièvre plus ou moins élevée et surtout des phénomènes dyspnéiques qui ne concordent pas toujours avec l'étendue des lésions.

Chaque crise aiguë augmente, lorsqu'elle est dissipée, et la toux et les sécrétions, si bien que, au bout d'un certain temps, variable suivant la résistance de l'enfant, la bronchite chronique revêt l'aspect de la dilatation des bronches.

Chez les enfants au-dessous de 7 ans qui ne crachent pas et déglutissent les crachats, on peut voir apparaître assez rapidement des troubles gastro-intestinaux, diarrhée, perte de l'appétit, bientôt suivis d'un amaigrissement parfois notable.

Chez ceux, au contraire, qui se débarrassent par l'expectoration du pus bronchique, la tendance vers la dilatation des bronches est plus lente, mais elle se produit presque infailliblement si une thérapeutique rationnelle ne vient pas arrêter les progrès de l'infection bronchique.

Ces enfants, gênés par la toux et l'abondance des crachats qu'ils expectorent chaque matin au réveil, sont essoufflés au moindre effort, ils ressemblent à des emphysémateux avec un thorax globuleux. Leur état général se prend lui aussi, si bien que, sans être tuberculeux, ils ont souvent un peu de fièvre le soir, des sueurs pendant la nuit, de la diminution des forces, un appétit capricieux et de l'amaigrissement. Leur croissance se fait mal.

L'examen bactériologique des crachats montre dans le début de l'affection une flore microbienne assez riche ; ce sont des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques et des microbes vulgaires associés ; mais, au fur et à mesure que les lésions progressent et que la maladie devient plus ancienne, il semble y avoir une désinfection spontanée, si bien que la sécrétion bronchique restant très abondante, les crachats deviennent de plus en plus pauvres en micro-organismes ; ce sont alors des cellules de pus en petite quantité avec de rares bactéries et surtout de la fibrine qui se présentent au microscope sous forme de longs filaments facilement colorables.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant qui tousse depuis longtemps, il faut s'enquérir d'abord des maladies qui ont précédé son état actuel. Leur connaissance met souvent sur la voie du diagnostic, du pronostic et du traitement. Il faut en outre faire autant que possible un examen microscopique des crachats pour, d'une part, éliminer la tuberculose, d'autre part se rendre compte de l'intensité et de l'ancienneté de l'infection bronchique. Cet examen est d'autant plus utile que, je le répète, les signes stéthoscopiques pulmonaires peuvent être peu marqués ; il n'y a que dans les formes déjà vieilles, où l'on rencontre quelques zones congestionnées, où la respiration est plus rude, avec bronchophonie et exagération des vibrations thoraciques.

J'observe en ce moment une enfant de 12 ans atteinte depuis 5 ans de bronchite chronique consécutive à la rougeole et chez laquelle le tiers supérieur de chaque poumon donne l'illusion d'une induration bacillaire. Cependant les crachats examinés plusieurs fois, l'absence de fièvre, la cutiréaction négative et l'amélioration rapide sous l'influence du traitement, m'ont permis d'éliminer à coup sûr la tuberculose.

En revanche, ce que l'on constate d'une façon permanente, c'est une adénopathie trachéo-bronchique avec souffle expiratoire dans les espaces interscapulo-vertébraux, avec broncho-phonie et pectoriloquie aphone, ainsi que de la submatité à la percussion.

Si de l'état local on passe à l'examen de l'état général, on apprend que l'enfant a un appétit irrégulier, qu'il a maigri, que de joueur il est devenu calme, tranquille, fuyant le mouvement qui provoque la toux et la dyspnée.

Avant de formuler un pronostic qui est souvent bénin dans la bronchite chronique et d'instituer un traitement, il faut s'assurer que l'enfant n'est pas atteint de tuberculose pulmonaire primitive ou survenue comme complication de la bronchite. On sait combien elle est fréquente après la coqueluche et la rougeole, affections tuberculigènes par excellence.

Pour cela, la surveillance du petit malade pendant une certaine période est parfois nécessaire, surtout si l'examen bactériologique des crachats ne peut être fait. On tiendra compte de la fièvre, qui se maintient malgré le repos, des signes stéthoscopiques qui sont plus limités et plus marqués dans la bacillose que dans la bronchite chronique,

de l'âge de l'enfant, de la présence dans son entourage d'une personne tuberculeuse: L'état général ne viendra qu'au second plan, car il peut être mauvais dans la bronchite chronique comme dans la tuberculose. L'association d'une manifestation tuberculeuse : ganglions suppurés du cou, micropolyadénopathie, lèvera tous les doutes. Mais les deux recherches cliniques qui s'imposent sont d'abord : l'analyse des crachats expectorés le matin et répétée à plusieurs reprises si elle est négative une première fois ; en second lieu la cutiréaction. Cette opération, très bénigne chez les enfants, donnera une indication précieuse sans toutefois entraîner une certitude de la localisation au niveau des poumons ; elle indique une tuberculose, mais n'en précise pas le siège.

La tuberculose pulmonaire étant éliminée, on peut rassurer la famille et promettre une guérison à peu près certaine en se soumettant aux règles que nous étudierons plus loin. Le petit malade conservera encore longtemps une sensibilité particulière de l'appareil respiratoire ; la saison froide et humide de l'hiver lui sera funeste si on ne prend pas certaines précautions ; les récidives sont sinon fréquentes au moins possibles.

Quel sera donc le traitement ?

Il y a une thérapeutique étiologique et une thérapeutique symptomatique. Elles ont toutes deux une égale importance et doivent être poursuivies de pair dans les cas où la cause provocatrice existe encore au moment où l'on commence à soigner le jeune malade, chez les rachitiques et les adénoïdiens, par exemple.

Chez les rachitiques, le traitement symptomatique ne donnera de résultats qu'autant qu'une hygiène alimentaire sérieuse viendra le compléter.

Il faut supprimer les écarts de régime, soumettre l'enfant à l'alimentation qui lui convient selon son âge, insister sur les substances hydrocarbonées et ne donner de viande et d'œuf qu'en quantité très modérée, la régularité des repas est indispensable, quatre au maximum par jour, quel que soit l'âge de l'enfant au-dessus de 2 ans, assurer l'antisepsie intestinale au moyen d'un léger purgatif hebdomadaire ; dans l'intervalle la bactériothérapie semble rendre quelques services.

Chez les adénoïdiens, le grattage du rhino-pharynx s'impose pour tarir la source des infections des voies respiratoires.

Lorsque l'enfant atteint de bronchite chronique se présentera à votre examen en pleine poussée de bronchite aiguë, il faudra courir au plus pressé et soigner la bronchite aiguë par les moyens ordinaires : révulsion sur le thorax au moyen de la sinapisation, repos au lit, bains tièdes, 35-37°, deux à trois fois par jour, potion qui facilitera l'expectoration sans chercher à la tarir, ce qui serait inutile, voire même dangereux, car la rétention des sécrétions bronchiques peut infecter des territoires broncho-pulmonaires jusque-là indemnes ; voici une formule par exemple pour un enfant de 4 à 5 ans :

Benzoate de soude..............	2 gr.
Oxymel scillitique..............	15 gr.
Sirop de baume de Tolu..........	40 gr.
Sirop de fleurs d'orangers........	20 gr.
Eau de tilleul............. q.s.p.	120 grs.

Quatre à cinq cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée dans une petite tasse d'infusion tiède, thé léger, ou tisane de fleurs pectorales.

Une fois la fièvre tombée, la toux diminuée de fréquence, on commencera alors le traitement de la bronchite chronique.

Supprimer d'une façon formelle les opiacés et les calmants de la toux. Celle-ci doit diminuer au fur et à mesure que la sécrétion bronchique se tarit et c'est contre ce dernier symptôme qu'il faut porter tous ses efforts.

Je laisserai volontairement de côté tous les balsamiques habituellement recommandés, tels que la terpine, les dérivés du goudron, créosote, gaïacol, l'ichtyol, pour recommander l'emploi du soufre qui fait merveille dans le traitement de la bronchite chronique de l'enfant. On peut l'ordonner sous deux formes : les eaux sulfureuses, le miel soufré.

Les eaux sulfureuses chaudes, Eaux-Bonnes, ou froides, Enghien et Challes, seront données à l'enfant à partir de l'âge de 7 ans à la dose initiale d'un verre à Bordeaux par jour en deux fois, dans une tasse de lait ou de tisane tiède prise à une assez longue distance des repas. On augmente progressivement la dose de façon à atteindre au bout de huit jours trois verres à Bordeaux par 24 heures.

Le miel soufré, composé de :

Soufre lavé......................	15 gr.
Miel blanc.......................	50 gr.

sera donné aux enfants plus jeunes, également dans une tasse de tisane ou de lait tiède, d'abord à la dose d'une cuillerée à café par jour, puis de deux et enfin de trois dans les 24 heures.

Le traitement sulfureux sera prolongé tant que durera la maladie, c'est-à-dire pendant plusieurs semaines. Je n'ai jamais remarqué, pour ma part, chez les nombreux enfants de tout âge que j'ai soignés de cette façon la moindre intolérance ni le moindre accident, tels que crachats sanglants ou fièvre.

Les résultats du traitement sont les suivants ; très rapidement on voit une modification du côté des crachats : ils deviennent d'abord moins purulents, prennent un aspect gommeux, puis peu à peu, en un mois environ, dans les cas de moyenne intensité, la sécrétion bronchique est presque totalement supprimée. L'état général s'améliore, l'appétit revient et l'enfant se transforme à la grande satisfaction des parents et du médecin.

Le traitement sulfureux joint au repos suffit à lui seul, on peut cependant sans inconvénient conseiller des révulsifs appliqués sur le thorax : teinture d'iode, ventouses, cataplasmes sinapisés et des inhalations avec les substances habituellement employées à cet usage :

Eucalyptol.......................	5 grs.
Teinture de benjoin..............	20 gr.
Alcool à 90......................	100 gr.

Une cuillerée à soupe dans un litre d'eau bouillante.

Les vapeurs antiseptiques seront inhalées directement par le malade, une ou deux séances de vingt minutes chacune dans la journée ou répandues dans la chambre au moyen d'un large récipient renfermant de l'eau et placé sur un réchaud. Elles ne doivent figurer que comme un adjuvant du traitement sulfureux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1909.

La teinture de cantharides dans les néphrites épithéliales. — M. *Lancereaux* rappelle ses essais de traitement de la néphrite épithéliale par la teinture de cantharides. Il commence par la dose de 5 gouttes par jour et augmente progressivement jusqu'à 12 gouttes. Les résultats obtenus sont excellents.

L'instabilité thyroïdienne ; sa forme paroxystique. — MM. ***H.* de *Rothschild*** et ***L. Lévi***, continuant leurs recherches sur la physio-pathologie thyroïdienne, tentent aujourd'hui d'établir l'existence de l'*instabilité thyroïdienne* en se basant sur des arguments d'ordre anatomique, physiologique, clinique, thérapeutique.

Une forme particulière de cette instabilité, la *forme à paroxysmes d'hyperthyroïdie réactionnelle* expliquerait un certain nombre de syndromes rangés jusqu'ici dans les manifestations neuro-arthritiques : migraine, urticaire, eczéma, rhumatisme chronique, hay fever,

Le traitement thyroïdien améliore ou fait disparaître ces symptômes.

Le neuro-arthritisme verrait ainsi lui échapper certaines manifestations morbides.

Action du sérum de Roux dans les infections médicales et chirurgicales. — M. A. ***Darier*** vient rappeler ses constatations antérieures : le sérum de Roux n'agit point seulement dans la diphtérie, ce n'est point seulement un spécifique. il a une action puissante sur toutes les infections. C'est ainsi qu'il l'a employé avec succès dans certaines affections oculaires graves : ulcères infectieux de la cornée, iritis, iridocyclites aiguës, etc.

Emploi du sérum de Yersin contre la peste à l'île Maurice. — M. ***Kermorgant***.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. — Au 2e tour, M. ***Meillère*** est élu par 35 voix contre 34 à M. ***Grimbert***.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1909.

Suture d'une plaie de la fémorale. — M. ***Mauclaire*** présente un rapport sur une observation de M. Sancerre (de Nancy), relative à une plaie de la cuisse compliquée d'un anévrysme artériel diffus et qui a été traitée par l incision de la tumeur après ligature provisoire de l'artère iliaque externe. L'incision permit d'évacuer les caillots et conduisit sur l'artère fémorale qui présentait une plaie longitudinale. Cette plaie fut suturée et après suppression de la ligature de l'iliaque externe, la suture artérielle se montra bien étanche. Le malade guérit parfaitement. Lorsque la suture est possible, elle semble donc devoir être tentée de préférence à la ligature qui, sur un gros vaisseau comme la fémorale, peut être dangereuse. La suture est d'autant plus facile qu'il semble sans inconvénient de faire des points perforants.

M. ***Delbet***. — Il est certain d'après les recherches nouvelles, que les points perforants sont sans danger. Cette façon de faire aurait même l'avantage de donner des cicatrices plus solides.

M. ***Tuffier***. — L'endothélium des vaisseaux prolifère si vite que les points perforants sont sans inconvénients et même préférables. Sur des petits vaisseaux, ils le sont forcément.

Occlusion intestinale par cancer en virole. — M. ***Launay*** présente un rapport sur 2 observations de M. Féron ayant trait à des cancers de l'anse sigmoïde avec occlusion intestinale. Dans la seconde, l'oblitération au niveau de la virole cancéreuse était due à des corps étrangers (noyaux de cerise).

Ligature bilatérale de la jugulaire interne.

M. ***Morestin*** présente un rapport sur une observation de M. Duval qui, au cours d'une extirpation de ganglions cervicaux, préventive à une exérèse de néoplasme du plancher buccal, fut amené à réséquer des deux côtés la jugulaire interne. Immédiatement le malade devint noir, la respiration s'arrêta. Mais alors survint une grosse hémorragie nasopharyngienne qui calma des accidents inquiétants. Le malade guérit.

La résection de l'une des jugulaires n'entraîne aucun accident dans la très grande majorité des cas. Les exemples de ligature bilatérale faite en un seul acte ou en deux actes opératoires séparés par un intervalle plus ou moins long ne sont pas fréquents. Bien que ce cas se soit bien terminé, il n'en est pas moins vrai que la mort rapide du patient peut en être la conséquence. Dans 2 cas personnels et bien que la ligature des deux veines ait été faite à intervalle assez long, j'ai vu la mort survenir. Dans l'une, elle fut immédiate ; dans l'autre, elle survint au bout de trois jours.

Le sacrifice des deux jugulaires ne doit donc être fait que s'il s'impose absolument et on doit autant que possible ne lier le second côté que dans un acte opératoire nouveau et éloigné du premier pour laisser aux veines de suppléance le temps de se développer.

D'après l'observation de M. Duval, une saignée de 3 ou 400 grammes pourrait être utile pour conjurer les accidents.

L'interposition d'un segment de veine pourrait peut-être rendre de précieux services. Malheureusement on est souvent obligé de réséquer la jugulaire très haut, auprès de la base du crâne.

M. ***Sieur***. — On pourrait peut-être, quand on croit devoir se résigner à la ligature bilatérale de la jugulaire, passer d'avance un fil autour de celle-ci et le serrer progressivement en plusieurs jours.

M. ***Delbet***. — La ligature des veines n'est peut-être pas toujours aussi bénigne qu'on l'a dit. La ligature bilatérale ne me semble pas devoir être faite ; mais une fois un malade auquel j'avais lié la jugulaire interne d'un seul côté resta comateux après l'opération et mourut.

M. ***Quénu***. — J'ai réséqué plusieurs fois la jugulaire interne d'un seul côté, jamais des deux côtés, et je n'ai jamais vu de troubles survenir à la suite de cette ligature. Il est possible cependant que des troubles puissent survenir ; aussi quand on peut se dispenser de cette ligature, il vaut mieux s'en abstenir.

M. ***Faure***. — Un peu de cyanose passagère suit parfois la ligature de la jugulaire interne d'un seul côté. Mais cela disparaît vite et cette opération ne me semble pas être dangereuse.

M. ***Guinard***. — Dans un cas où cette ligature m'avait donné des accidents, la ligature de la carotide interne les a fait cesser immédiatement,

M. ***Walther***. — La ligature unilatérale de la jugulaire interne ne m'a jamais donné d'accident grave et durable.

M. ***Ricard***. — En enlevant un cancer du corps thyroïde j'ai dû couper toutes les jugulaires du cou sauf cependant la jugulaire interne d'un côté. Le malade n'a eu aucun accident.

Présentation de malades. — M. ***Ricard*** présente plusieurs malades atteints de gangrène diabétique et traités avec succès par l'air chaud.

M. ***Pozzi*** présente un malade opéré il y a 15 ans d'un épispadias complet par le procédé de Tiersch.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 février 1909.

Appendicite par vers intestinaux. — M. ***Ménétrier*** a observé plusieurs cas d'appendicite banale provoquée par des oxyures et des trichocéphales, retrouvés dans l'épaisseur de la tunique muqueuse. Les vers avaient agi en inoculant des germes septiques ; mais il a également observé des lésions appendiculaires spéciales, qui paraissaient sous la dépendance d'une influence toxique des parasites, qui pullulent dans la cavité de l'appendice.

Bubon rhumatismal. — M. ***Thiroloix*** présente un malade, qui à la suite d'une arthrite du genou, fit une adénopathie inguinale volumineuse. Le ganglion extirpé contenait le germe spécifique.

Radiothérapie des tumeurs de l'hypophyse. — M. ***Béclère*** résume les différentes formes cliniques de ces tumeurs et insiste sur leur signe objectif commun : l'agrandissement de la selle turcique. L'hypophysectomie ne peut être que partielle ; les tumeurs qui se développent en haut ne sont pas opérables. La radiothérapie donne de bons résultats dans les tumeurs des glandes à sécrétion interne et il rapporte une observation de tumeur de l'hypophyse où les troubles visuels furent nettement améliorés par la radiothérapie.

Etude œsophagoscopique des sténoses de l'œsophage par anévrysme aortique. — M. ***Guizez*** a observé six cas et insiste sur l'appui précieux que fournit l'œsophagoscopie dans le diagnostic des sténoses œsophagiennes et des anévrysmes latents. L'aspect est caractéristique et on ne peut confondre ces sténoses avec aucune autre d'étiologie différente. Le spasme par compression nerveuse joue un rôle plus grand dans la dysphagie que la compression de l'œsophage lui-même.

Splénomégalie avec fragilité globulaire. — *Armand Delille* et *Feruillé* ont observé une fille de 12 ans, anémique, avec rate volumineuse. Examen hématologique : pas de leucocytose, hémoglobine 30 %, anémie intense, anisocytose, résistance globulaire diminuée, 18 % d'hématies granuleuses. En somme, type hématologique des ictères hémolytiques, sans ictère, ni chlorurie, légère cholémie, c'est-à-dire ictère hémolytique fruste.

M. *Widal* croit que les malades atteints d'ictère hémolytique fruste doivent être suivis, car l'ictère peut s'atténuer sans que les caractères hématologiques changent ou disparaissent complètement. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE RADIOLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 9 février 1909.

La question des filtres en radiothérapie. — Le Dr *Belot* fait une communication présentant un caractère particulièrement technique, de laquelle il résulte qu'en radiothérapie il convient d'employer des *filtres* pour le traitement des lésions profondes, afin de diminuer le plus possible l'écart entre la dose donnée sur la peau et la dose reçue dans la profondeur. Sans cette précaution beaucoup d'affections profondément situées ne bénéficient pas de la radiothérapie.

Tumeurs du poumon diagnostiquées par la radioscopie. — Les Drs *Tuffier et Aubourg* montrent que la radiologie a pu en l'absence de signes cliniques renseigner sur le diagnostic de deux tumeurs du poumon. Ils en concluent qu'un examen de malade n'est complet qu'après la radioscopie.

Leucoplasie traitée et guérie par la radiumthérapie. — Le Dr *Haret* présente un malade chez lequel quatre applications de radium ont fait disparaître une plaque leucoplasique datant de 5 mois. L'auteur donne toutes les indications techniques concernant l'appareil employé, l'application et sa durée, insistant sur la nécessité de fournir toujours ces renseignements dans l'intérêt de cette thérapeutique.

PHARMACOLOGIE

Médicaments incompatibles.

Voici de nouvelles incompatibilités médicamenteuses signalées par la *Pharmaceutische Zeitung*, et qu'il est utile connaître pour répondre aux exigence de l'art de formuler.

Il y a incompatibilité entre :

L'*acide acétylsalicylique* et les acides libres, les sels de fer, les alcalis ;

L'*albargine* et les chlorures, le tannin ;

L'*antipyrine* et le tannin, l'iode, la quinine, les sels de fer, le catomel, l'éther nitreux ;

Le *salicylate d'antpyrine* et les acides libres, les corps indiqués comme incompatibles avec l'antipyrine ;

L'*argonine* et les corps indiqués pour l'albargine ;

L'*artérénol* et les alcalis, la solution de chlorure ferrique ;

Le *benzosol* et les alcalis ;

Le *dermatol* et les sulfures alcalins ;

La *ferripyrine* et l'acide salycylique ;

L'*holocaïne* et les alcalis ;

L'*homorénone* et les alcalis, la solution de chlorure ferrique, l'acétate de sodium ;

L'*hypnal* et le nitrate d'amyle ;

L'*isoforme* et les substances réductrices, telles que : tannin, etc.

Le *bleu de méthylène* et les alcalis caustiques ;

La *novocaïne* et les alcalis, le tannin, le calomel, le bichromate potassique, le permanganate potassique, les sels d'argent ;

Le *pyramidon* et le nitrate d'amyle, l'apomorphine, la gomme arabique ;

La *suprarénine* et les alcalis, la solution de chlorure ferrique ;

Le *tuménol-ammonium* et les sels et les acides ;

Le *tussol* et les produits énumérés à l'antipyrine ;

L'*uréthane* et les alcalis.

CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

Comptes rendus du Ier Congrès de stomatologie, Paris, 1907, publié par J. CHOMPRET, secrétaire général du Congrès.

Le volume de 600 pages contenant les travaux du compte rendu du Ier Congrès de stomatologie a paru, et l'on doit féliciter l'actif et distingué secrétaire général, le Dr Chompret, de cette œuvre qu'il a menée à bien. Le compte rendu que j'ai fait de ce Congrès dans le *Progrès médical* du 7 septembre 1908 contient déjà quelques-uns des principaux travaux qui y furent présentés et discutés. Je n'y reviendrai donc pas aujourd'hui et je crois suffisant de signaler aux lecteurs du *Progrès médical* ce qui, en tant que praticiens de la médecine générale, peut les intéresser.

Anesthésie diploïque ; par le Dr NOGUÉ. L'auteur pratique une injection intra osseuse : l'anesthésie diploïque, dit-il, est caractérisée par la pénétration directe du liquide anesthésique dans les mailles du tissu spongieux des maxillaires, dans le diploé. De là son nom. L'opération consiste : *A*. Perforation, avec un foret monté sur le tour dentaire, de la table alvéolaire entre deux dents. B. Injection d'un liquide anesthésique, cocaïne, eucaïne ou stovaïne au 1/100, deux ou trois centimètres cubes de solution selon la toxicité de l'anesthésique choisi. L'important est la parfaite stérilité du liquide.

Anesthésie sectionnelle du nerf dentaire inférieur ; par le D G. POGEIX. L'auteur fait une injection d'une solution anesthésique dans la partie du nerf dentaire qui longe la branche montante du maxillaire au niveau de l'épine de Spix. On obtient ainsi l'anesthésie de la moitié correspondante du maxillaire inférieur.

Stovaïnisation sectionnelle du nerf dentaire inférieur, par le Dr Henry LEMPART. L'auteur fait une injection d'une solution de stovaïne à 0,75 %, à l'angle formé par le ligament ptérygo-maxillaire en dedans, en dehors par l'apophyse montante du maxillaire inférieur, le premier se sentant tendu quand le malade ouvre bien la bouche.

Les glossites desquamatives. Catarrhes épithéliaux et proliférations leucoplasiques de la langue ; par MM. GASTOU et CHOMPRET. Les auteurs signalent que dans les glossites desquamatives, il y a deux éléments à considérer : 1° l'élément épithélial lingual ; 2° l'élément muqueux glandulaire ; Ils disent que leur communication a pour but d'attirer l'attention sur les différentes variétés de glossites desquamatives, leurs rapports entre elles, leurs rapports avec les altérations dentaires et les troubles généraux de la nutrition. Quatre facteurs principaux expliquent la fréquence et les variétés de glossites desquamatives : 1° la situation de la langue qui se trouve à la fois sur le passage de l'air et des aliments ; 2° la signification fonctionnelle et physiologique (déglutition et phonation) expose la langue à des traumatismes continuels ; 3° sa situation dans la cavité buccale où elle est en quelque sorte dans une véritable étuve où la vie du parasite est facile ; 4° sa structure anatomique qui en fait à la fois un organe tégumentaire et muqueux participant de ce fait aux affections cutanées, aux dermatoses et aux maladies muqueuses respiratoires et digestives. Les auteurs font une très rapide étude des glossites desquamatives et terminent en insistant :

A. Sur la confusion faite à chaque instant entre les glossites desquamatives et les glossites syphilitiques. *B*. Sur l'évolution dégénérative qui peuvent suivre ces glossites. *Traitement chirurgical du bec-de-lièvre et de la gueule-de-loup* ; par le prof. G. BROWN. Cet important travail chirurgical aurait tout gagné si les propositions faites par l'auteur avaient été en partie tout au moins publiées. Bien que les rapports des sujets traités soient bien superficiels, il était d'un bon enseignement de montrer à des confrères dentistes que la prothèse pouvait avant comme après l'opération chirurgicale, être utilisée par le chirurgien. C'est ce que le prof. Brown a prouvé, en démontrant qu'en changeant mécaniquement les rapports des parties à joindre chirurgicalement, la jonction se faisait à l'avantage de tous.

Deux cas de kystes dentigères (folliculaires) sinusiens avec ectopie d'une canine supérieure par MM MOURE et CAVALIÉ. Deux observations tendant à démontrer que l'un des auteurs a enlevé un kyste dentigère du sinus alors qu'il semblerait si simple de

dire qu'une canine permanente déviée de sa route normale peut très facilement se diriger en arrière et en dedans et sortir en plein sinus. Voilà en réalité le cas clinique. Les considérations scientifiques nous entraîneraient dans trop de détails et l'opinion sur les kystes dentaires d'un savant histologiste comme Malassez ou Cavalié demandent plus que l'occasion d'un fait clinique pour être convenablement exposée. Au point de vue pratique, une bonne radiographie faisait le diagnostic, et un habile chirurgien comme Moure faisait le reste.

Tumeurs solides des maxillaires en relations avec le système dentaire, par MM. Dieulafé et Guillé. Les auteurs montrent qu'en dehors des formations kystiques, les maxillaires peuvent être le siège de tumeurs solides bien variées : primitives, prenant naissance dans les os correspondants ; secondaires, nées de la cavité buccale, des fosses nasales ou des sinus maxillaires, atteignent les maxillaires par propagation. Ces tumeurs observées sur des animaux sont classées par les auteurs : *A*. T. conjonctives : 1° fibro-myome du maxillaire inférieur ; 2° sarcome du maxillaire supérieur. *B*. T. épithéliales ; 3° épithélioma adamantin du maxillaire adénomateux inférieur ; 4° épithélioma lobulé perlé du maxillaire supérieur.

Hygiène et prophylaxie buccales à l'état normal et dans les maladies à l'aide des bains antiseptiques, par M. H. Hallopeau, médecin des hôpitaux de Paris. M. Hallopeau commence sa communication par : « Je ne me dissimule pas que c'est une grande témérité à un demi-profane de venir parler de la bouche devant un auditoire tel que celui-ci ».

Et pourquoi donc ? M. Hallopeau a fait un travail bactériologique avec l'aide de MM. Gastou et Robert Simon sur l'ensemencement de la salive et du tartre. D'après les résultats il est démontré qu'il est impossible de transformer la cavité buccale en un milieu aseptique, mais cependant les apparences ont permis de constater que certains antiseptiques pouvaient retarder de soixante-douze heures la germination microbienne. Or en employant des solutions antiseptiques matin et soir, l'on peut prétendre diminuer sensiblement l'action malfaisante des microbes sur les dents et la bouche. En somme, c'est de la prophylaxie dont chacun doit s'occuper, médecin, instituteur, chef d'industrie, etc.

Morphogenèse du maxillaire inférieur et accident de la dent de sagesse; par M. le Dr Herpin. L'auteur utilise ses études avec M. le Dr Dieulafé en y ajoutant, ce qui était déjà démontré, que la diminution de volume de la dent et du tissu osseux ne se produit pas parallèlement et que la première est en retard sur la seconde.

C'est donc par manque de place que l'accident de « dent de sagesse » se produira, et quoique M. Capdepont pose en principe que l'infection seule a un rôle qui ne saurait être diminué sous aucun prétexte, l'on peut ajouter que cette infection ne se produit que si les parties péri-dentaires sont traumatisées, réalisant la porte d'entrée par infection de la plaie produite toujours par écrasement de la muqueuse entre les dents supérieures et inférieures. L'on pourrait dire paradoxalement que l'accident de dent de sagesse ne peut se produire tant que cette molaire n'est pas sortie, et que ce n'est qu'au moment où elle est sortie, c'est-à-dire, au moment où elle prend part à la mastication, parce que, l'arcade serrée, elle touche l'antagoniste, que l'infection va se produire, car de ce moment la muqueuse écrasée est un bouillon de culture admirable. En dehors de cette circonstance, je ne crois pas à l'accident de dent de sagesse.

Cette petite question de clinique est très intéressante, car elle montre aux praticiens qu'il faut à tout prix dégager la dent de sagesse. Anesthésie générale, ouverture forcée de la bouche, débridement au thermo-cautère jusqu'à ce qu'on touche la 2e molaire. Lavages dans la suite à l'eau oxygénée. Cette opération est toujours possible pour un médecin. L'extraction au contraire offre une telle difficulté qu'il vaut mieux ne pas l'entreprendre. Cette règle pourrait même s'appliquer au spécialiste.

Sinusites maxillaires et ostéites; par E. G. Moure et Brindel. Les auteurs signalent la complication d'ostéite dans la sinusite : Sur 24 cas, 11 sont d'origine syphilitique, 3 cas de virulence de l'infection muqueuse, 4 cas d'ethmoïdite ou sphénoïdite fongueuse, 1 cas de polypes muqueux dans l'antre. Enfin 5 cas d'infection de kyste paradentaire. Les auteurs concluent que : 1° l'ostéite qui accompagne parfois la suppuration chronique du sinus maxillaire doit être considérée comme bénigne ; 2° qu'il y a néanmoins le plus grand intérêt à en connaître la pathogénie afin de lui appliquer un traitement causal qui la rendra inoffensive ; 3° que cette ostéite permettra dans certains cas de révéler une affection générale ignorée et dont le mécanisme serait préjudiciable au malade : s'il est ennuyeux d'être syphilitique, il est beaucoup plus grave de ne pas le savoir.

Tout le reste des travaux, et ce reste est important puisqu'il y a environ 150 communications, dont 6 sont médicales ou stomatologiques, ce qui est synonyme. Et je me permets de faire ressortir encore une fois que si le médecin est mieux que tout autre citoyen, avocat, ingénieur, pharmacien, bijoutier, tourneur, ciseleur, préparé à apprendre l'art dentaire, quand il exerce cet art il n'en fait pas plus que les dentistes qui ne sont pas médecins.

Je ne trancherai pas la question de savoir qui le fait mieux ?

C'est affaire d'habileté personnelle, et la technique si importante de la profession dentaire, qui s'appelle stomatologie par la bouche d'un médecin, a été brillamment représentée au Ier Congrès de stomatologie. Voilà la vérité. Nous pouvons clore ce compte rendu en disant que nos confrères médecins prennent une grosse part du bon renom de l'art dentaire français. Et cela est tant mieux, car on comprendrait mal qu'un plus grand effort scientifique, surtout médical, ne permît pas à ceux qui l'ont fait de s'élever au-dessus de ceux qui ne l'ont pas fait. Dr Siffre.

P. S. — Pour compléter la note stomatologique, je signale à mes confrères un *Précis de stomatologie*, par Redier, de Lille.

Un bon petit livre de 500 pages, chez Rudeval éditeur, où l'on ne trouve rien autre chose que la dent normale et pathologique avec la thérapeutique dentaire.

Bien écrit, il mettra rapidement le lecteur au courant de l'odontologie. L'on pourrait reprocher à l'auteur de ne pas être prodigue de citations d'auteurs. Il utilise des procédés, des travaux ou des théories qui ont des noms, et à part un ou deux vivants, les auteurs cités sont un peu dans le glorieux oubli de l'histoire. Ce n'est du reste pas un procédé spécial au Dr Redier, qui se dit fervent stomatologiste, d'ignorer ce qui a été fait en dehors de la chapelle ; c'est un peu le fait de tous mes confrères stomatologistes. Le dentiste n'existant pas pour eux, ce qu'il fait n'existe pas non plus. Il y a plusieurs bonnes marques de produits scientifiques dentaires néanmoins. Dr S.

ANALYSES

Le service médical dans la légion étrangère. Der Aerztliche Dienst bei der franzosischen Fremdenlegion, (*Münch. mediz. Woch.*, 1908 n° 50).

L'article est d'un médecin allemand qui n'a pas signé, mais qui se montre clairement disposé à imiter lui aussi quelques-uns de ses confrères d'Allemagne, en mêlant du fiel et du faux patriotisme à un exposé qui serait plus intéressant s'il était simplement médical.

Il s'en prend d'abord aux infirmiers de la Légion, qui seraient la plupart du temps des soldats quelconques qui n'ont jamais vu un thermomètre ou un bandage. Des cas sont relatés : l'un d'eux aurait substitué 30 gr. de chlorhydrate de quinine (1) à 30 gr. de sulfate de magnésie ; un autre aurait appliqué un pansement au bras avec de l'acide phénique pur (2) ; un 3e aurait injecté de l'acide azotique dilué au lieu de sulfate de quinine.

Il y a par jour, dans la légion, de 50 à 80 malades, dont 25-30 vénériens, 10-15 fièvres paludéennes, 2-3 typhus abdominaux et le reste des malades ou « non malades », c'est-à-dire passibles de 6 à 15 jours de prison.

La visite médicale est extrêmement sommaire : pas de fièvre = pas de malade. Les maladies vénériennes sont très nombreuses, et traitement très primitif : onguent gris, pilules de proto, solution de permanganate. Le chancre mou est toutefois soigné avec

(1) L'auteur veut parler sans doute du sulfate de quinine qui expliquerait (sans l'excuser) la confusion, et qui est bien plus employé en France que le chlorhydrate.

(2) Ici il y a ignorance ou exagération ridicule, l'acide phénique *pur* c'est-à-dire cristallisé ou neigeux, n'étant ni maniable ni tolérable.

le plus grand succès, après 8-10 jours, avec du jus de citron pur, qu'on verse goutte à goutte, après nettoyage parfait au permanganate, et en laissant une compresse humide.

La mortalité par le typhus est énorme, à cause des soins insuffisants. Le médecin ne passe qu'une fois le matin ; le reste du temps le malade est confié aux infirmiers, gens sans scrupule, qui ne se font infirmiers que pour échapper au service. Le vin et le lait ne vont pas aux malades ; au contraire la quinine, le sublimé, l'onguent gris vont à ceux qui n'en n'ont pas besoin. Tout cela justifie l'exclamation d'un légionnaire : « mieux vaut 3 mois « de colonne dans le Sahara que 15 jours d'hôpital. » C.

De l'hydrothérapie chez les enfants ; par le Dr GROSSE (de New-York). (*Archives of Pédiatrics*, mai 1908.)

Le Dr Grosse rappelle que Hecht publia en 1907 dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* un travail sur les effets de l'hydrothérapie dans la rougeole. Il baignait systématiquement tous ses malades dans des demi-bains d'une température de 20 degrés et d'une durée de 12 minutes, avec ou sans friction. Pendant ces bains il introduisait dans le rectum un long thermomètre courbe qui permettait de lire la température hors de l'eau toutes les deux minutes pendant la durée du bain.

Il constata : 1° l'abaissement de la température d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune. Dans le 1er âge, la chute de température est de 1 degré ; dans la 2e année de 1 degré ; dans les 3e et 4e années d'un peu moins de 1 degré. Ensuite l'abaissement se rapproche de plus en plus de celui constaté chez l'adulte. 2° Chez les enfants débiles, la température baisse davantage. 3° L'état de développement de l'enfant a plus d'importance que son âge. 4° La chute de la température dépend moins de son élévation et de ses amplitudes quotidiennes que chez les adultes. 5° La friction pendant le bain et l'addition de moutarde ont moins d'importance sur les effets produits que chez les adultes. 6° Le frisson n'apparaît pas aussi intense que chez l'adulte ; il était souvent remplacé par les cris. 7° Le pouls et la respiration sont plus ralentis que chez les grandes personnes. 8° L'abaissement de la température est d'autant plus grand que l'excitabilité des vaso-moteurs est plus grande.

Rabeau a montré que la surface d'un enfant est en proportion inverse de son poids ; avec un poids de 4 kilogr., un bébé présente une surface de 3.000 cm. carrés ; de 12 kilogr., 7.200 cent. carrés, et de 16 kilogr., 7.700 cent. carrés. Donc selon la plus ou moins grande surface que présentera l'enfant, l'effet du bain sera plus ou moins prononcé et pour cette raison le médecin devra réduire la durée du bain

De ces observations, Grosse conclut qu'on a tort de donner des bains à basse température chez l'enfant, et il dit que le bain à 20° de Hecht est une extrême limite et qu'il agit plus énergiquement que le bain de Brand rigoureusement appliqué chez l'adulte. Le bain donné à l'enfant doit être plus chaud que celui correspondant donné à l'adulte, et il aura le même effet, étant donné dans des conditions physiologiques différentes. La durée du traitement doit être aussi courte que possible sans nuire au résultat désiré.

Pour Grosse, la question est la suivante : Comment peut-on placer l'enfant dans les meilleures conditions pour lutter contre les influences morbides ? Pour lui, l'hydrothérapie donne une circulation énergique et corrige une circulation imparfaite, elle aide à une bonne distribution du sang dans tous les organes, empêchant les congestions et favorisant la circulation dans les organes sécréteurs et excréteurs, les mettant ainsi dans les meilleures conditions de remplir leurs fonctions, et dans le système nerveux veillant ainsi à une innervation parfaite.

La friction et le bain, avec ou sans affusion, sont les procédés hydrothérapiques les plus employés. L'affusion est utile lorsqu'il y a une pression élevée, ou une basse température.

C'est toujours un procédé désagréable et l'auteur n'a jamais vu un enfant qui l'ait accepté facilement ; aussi le réserve-t-il aux cas présentant des phénomènes cérébraux ou des troubles respiratoires. La durée des bains sera de trois à huit minutes, rarement de dix minutes. L'enfant vigoureux restera plus longtemps que le chétif. Pendant le bain on frottera l'enfant du 1er âge avec une éponge ; plus tard avec de la laine ; plus tard enfin avec une étoffe rugueuse.

En général, Grosse recommande de baigner matin et soir ou de remplacer un bain par un lavage à l'éponge, la température de l'eau variant de 20 à 22 degrés, c'est-à-dire un peu plus fraîche que l'eau du tub. Enfin il faut faire entrer en ligne de compte non seulement le développement et l'état de santé de l'enfant, mais aussi la saison, la disposition de la chambre et les conditions de la vie intérieure.

On sait que la toxicité de l'urine d'un typhique est plus élevée pendant la période des bains que si on ne le baigne pas au cours de sa maladie, et plus basse pendant la convalescence ; de même la sueur survenant pendant l'emploi de procédés physiques tels que les bains contient plus de matières toxiques que celle produite par des médicaments, enfin l'alcalinité du sang est augmentée.

On peut employer la friction, le bain, le drap mouillé, les compresses froides. Suivant l'âge de l'enfant, on se servira pour la friction d'une éponge, de la laine, ou d'une matière plus rugueuse. La friction doit se faire deux ou trois fois par jour, ou elle peut être pratiquée plusieurs fois de suite dans l'espace d'une heure. Il n'y a aucune contre-indication à frotter la peau d'un enfant atteint de scarlatine ou de rougeole, mais il est certain qu'il faut s'abstenir de ce procédé pendant la période des pustules de la petite vérole. Dans les cas simples de ces infections communes telles que rougeole, scarlatine, diphtérie ou dans les maladies bénignes, telles que la rubéole et la varicelle, la friction froide seule est suffisante.

Quand on donne les bains, le procédé le plus employé est le demi-bain, c'est-à-dire dont l'eau ne couvre que la moitié de l'individu, bain combiné avec une friction plus ou moins rigoureuse, le bain plein ne permettant pas la friction. Le nombre de bains doit être de deux par jour dans la plupart des cas bénins de rougeole, de scarlatine, de gastro-entérite, de fièvre typhoïde. Dans cette dernière maladie et dans les cas graves des autres maladies un plus grand nombre de bains peut être nécessaire, suivant l'état général et suivant la température.

La durée du bain est d'autant plus courte que l'enfant est plus petit, la maladie bénigne ; elle est de 3 à 12 minutes.

La température du bain est en général de 28 degrés et Grosse n'a jamais donné de bains à moins de 21 degrés.

Le rapport ne fait pas mention du grand bain chaud à 40 degrés ; on le donne soit que l'enfant soit plongé lentement pendant 3 minutes sans friction, soit que l'eau étant d'abord à une température de 37 degrés on y mette l'enfant, et élevé après une minute, la température jusqu'à 41 degrés. On ne doit jamais dépasser 4 à 6 minutes. En outre du tub et du bain il faut citer l'enveloppement mouillé. Cette méthode est recommandée par de nombreux auteurs dans la rougeole, la scarlatine, la bronchite et la broncho-pulmonaire ; tout enveloppement doit être suivi d'une friction froide ou mieux d'un 1/2 bain. Enfin la compresse froide, trempée dans de l'eau à 21 degrés enroulée 3 ou 4 fois autour du corps et recouverte d'une enveloppe perméable.

Grosse insiste sur l'état général des malades traités par l'hydrothérapie, sur leur aspect, sur l'évolution plus rapide et plus bénigne de la maladie, enfin sur la diminution des complications et sur la convalescence qui est en général plus courte. L'auteur passe en revue toutes les maladies susceptibles du traitement par l'hydrothérapie, et dit que le médecin a en son pouvoir un agent merveilleux, à la condition de s'en servir avec soin, et minutie et avec le contrôle d'un thermomètre et d'une montre. PIERRESON.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la peau; par E. GAUCHER, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Fascicule XIV du « Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique » publié sous la direction de MM. Gilbert et Thoinot. (Librairie Baillière et fils, 1 vol. grand in-8 de 508 pages avec 180 photogravures, 10 fr. Cartonné : 11 fr. 50.)

M. le professeur Gaucher vient de publier dans le grand ou-

vrage de médecine de MM. Gilbert et Thoinot un volume sur les maladies de la peau qui est un véritable Traité, non pas un traité magistral rempli de théories mais un Traité pratique qui est le livre idéal de l'étudiant et du médecin praticien.

Avec les qualités de précision et de clarté qui forment la principale caractéristique de son esprit et de ses ouvrages, M. Gaucher a su présenter aux lecteurs l'étude si aride des dermatoses sous un jour simple et absolument lumineux, même pour les moins avertis de la dermatologie.

C'est la dermatologie simplifiée et clarifiée, mérite d'autant plus grand qu'il n'existe pour ainsi dire aucun livre présentant les mêmes avantages, les uns étant trop courts, les autres trop volumineux, inégaux et indigestes, d'autres enfin étant avant tout des exposés de doctrine et de vues personnelles.

La concision ne signifie pas ici omission : tout est traité dans le livre, mais sans digressions inutiles et sans longueur : chaque mot a sa valeur. Il serait difficile à un critique d'en retrancher un seul.

L'auteur a particulièrement soigné pour chaque type morbide le paragraphe de la symptomatologie et celui du traitement ; c'est là ce qui intéresse le plus le médecin puisqu'il lui faut avant tout reconnaître la maladie et ensuite la soigner.

La description est grandement facilitée par l'addition de nombreuses photogravures au texte. Malgré la difficulté de la reproduction, ces images, toutes émanées de la collection personnelle de l'auteur ou reproduction de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, choisis avec soin et discernement parmi les plus caractéristiques, sont suffisantes pour donner une idée plus précise de l'éruption décrite.

M. Gaucher a traité avec le plus grand soin, aux paragraphes de thérapeutique, les méthodes nouvelles de traitement des dermatoses, aujourd'hui si multiples et si merveilleusement efficaces. On trouvera donc exposés, avec les détails qu'ils méritent, les traitements par le radium, les rayons X, la haute fréquence, la fulguration ; le traitement de la teigne par les rayons X, la photothérapie etc.

Le plan général du livre est basé sur une classification rationnelle des maladies.

Toutes les affections cutanées sont réductibles en *lésions élémentaires* qui caractérisent la maladie à sa période d'état ; aussi l'étude de ces lésions doit elle précéder la *description des maladies de la peau* considérées en particulier. M. Gaucher expose également, avant les descriptions particulières, l'*étiologie générale des dermatoses* ; car il ne suffit pas de faire le diagnostic de la lésion, il faut encore reconnaître la nature de la maladie, savoir si elle est d'origine microbienne, ou toxique, ou diathésique. etc. C'est par ce moyen qu'on peut poser un diagnostic précis et complet et instituer une thérapeutique efficace.

Dans ce *Précis de dermatologie pratique*, M. Gaucher ne consacre pas d'article spécial à l'anatomie pathologique générale, se réservant d'indiquer, dans la description de chaque maladie, les lésions histologiques caractéristiques. Pour la même raison, sans faire un chapitre général de thérapeutique cutanée, il donne le traitement de chaque maladie à la suite de sa description symptomatique ; il se borne, d'ailleurs, aux traitements utiles, à ceux qui ont fait leurs preuves et dont il a personnellement constaté les bons résultats.

Cet ouvrage est divisé en trois parties : I. *Lésions élémentaires de la peau* ; II. *Etiologie générale des maladies de la peau* : III. *Description des maladies de la peau.*

L'ordre dans lequel les affections cutanées sont décrites ne peut être celui d'une classification naturelle, en raison de l'ignorance dans laquelle nous sommes encore, relativement à la nature de certaines dermatoses. Ainsi la première division, à laquelle Gaucher donne le titre de : *Dermatoses inflammatoires communes*, comprend, à la fois, les principales dermatoses diathésiques et les maladies dont la nature est variable ou indéterminée, telles que les érythèmes, le purpura, l'herpès, le pemphigus, le pityriasis rosé, le pityriasis rubra, etc.

Les autres divisions constituent des groupes plus naturels : les maladies des follicules pilo-sébacés ; les maladies des glandes sudoripares ; les maladies des poils : les maladies des ongles ; les dermatoses dyschromateuses : les dermatoses vasculaires, sanguines ou lymphatiques : les dermatoses hypertrophiques (hypertrophies épidermiques, hypertrophies épidermo-papillaires, hypertrophies dermiques) : les dermatoses néoplasiques.

Les divisions précédentes sont, en quelque sorte, anatomiques. Les suivantes sont étiologiques : dermatoses microbiennes ; dermatoses parasitaires (parasites végétaux et parasites animaux).

Bien que n'étant pas établies toutes d'après les mêmes principes, ces divisions ont l'avantage de grouper, les unes à côté des autres, les maladies les moins disparates.

Tout en restant un précis, avec sa concision et son caractère pratique, cet ouvrage est un livre tout à fait didactique qui convient, comme nous le disions en commençant, à l'étudiant comme au praticien. Il convient donc non seulement aux acheteurs du Traité de médecine, mais à tous ceux qui, aux prises avec les difficultés de la pratique médicale, ont le désir d'être secourables aux dermatoses de leurs clients et de leur donner une direction thérapeutique convenable. G. MILIAN.

Les injections mercurielles intramusculaires dans le traitement de la syphilis ; par le Dr A. LÉVY-BING. 1 brochure gr. in-8° (n° 54 de l'*Œuvre médico-chirurgical*) de 44 pages, avec fig. (Masson et Cie, éditeurs : 1 fr. 25.)

Le Dr Lévy-Bing consacre une monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical* à l'étude de cette grande question de la thérapeutique anti-syphilitique : les injections mercurielles intramusculaires. Dans un premier chapitre, il expose les avantages et les inconvénients de ces injections, les symptômes de certaines complications, les indications et contre indications de la méthode. Le Manuel opératoire est minutieusement étudié. L'auteur insiste sur le choix du lieu d'injection, qui varie suivant que l'on emploie des sels solubles ou insolubles. Une étude sévère est faite de toutes les formules de sels mercuriels actuellement employés, et un choix judicieux et définitif est fait pour toutes les formes morbides et pour tous les âges, même pour la première enfance.

C'est un travail d'une grande utilité clinique. Les praticiens, souvent embarrassés par la multiplicité des méthodes anti-syphilitiques, y trouveront des notions cliniques précieuses et un guide sûr dans le choix de l'instrumentation et des formules thérapeutiques à opposer, pour ainsi dire, à chaque cas. G. M.

Guide pratique du médecin dans les accidents du travail ; par E. FORGUE, professeur de clinique chirurgicale et E. JEANBREAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. (Masson et Cie.)

Ce livre qui vient de paraître était devenu nécessaire. La loi de 1898, sur les accidents du travail, exige de tous les praticiens des connaissances spéciales, concernant leur conduite vis-à-vis de l'ouvrier blessé et de la compagnie d'assurances. Le sujet ne laisse pas que d'être souvent fort épineux et le praticien sera heureux de trouver un volume qui contient en termes clairs et précis, toutes les indications utiles. Il ne s'adresse pas seulement, en effet, aux médecins et aux chirurgiens spécialisés dans les accidents du travail, mais à tous les praticiens qui sont journellement, et parfois à leur corps défendant, obligés de juger de questions d'accidents.

Ce petit traité contient cinq chapitres qui correspondent aux différentes périodes par lesquelles passe un médecin qui doit soigner un sinistré : 1° le rôle du médecin lorsque l'accident vient d'arriver ; 2° les suites médico-chirurgicales de l'accident ; 3° les suites judiciaires de l'accident ; 4° évaluation des incapacités ; 5° les honoraires médicaux. A. SCH.

Faculté des sciences

(*Année scolaire* 1908-1909, *Second Semestre*).

Les *Cours* s'ouvriront à la Sorbonne le lundi 1er mars 1909 :

Physique générale. — Les lundis et mercredis, à une heure et demie (1re leçon le 1er mars). Mme Pierre CURIE, professeur, traitera de la radioactivité. — *Chimie.* Les mardis et vendredis, à deux heures. (1re leçon le 2 mars). M. G. URBAIN, professeur, traitera (le mardi) des classifications et des poids atomiques et (le vendredi) des composés des éléments du groupe du fer, du groupe du platine et des éléments rares. — *Chimie organique.* Les mercredis et vendredis, à dix heures un quart (1re leçon le 3 mars.) M. HALLER, professeur, traitera des composés de la série aromatique. — *Chimie biologique.* Les mercredis et samedis à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 28, à deux heures. (1re le-

çon le 3 mars) M. Gabriel BERTRAND, professeur, traitera de la composition chimique des êtres vivants. — *Chimie appliquée.* Fondation de l'Université de Paris, de MM. Solvay et Cie et de la Chambre Syndicale des produits chimiques de France. Les mardis, à neuf heures, et les samedis, à dix heures et demie (1re leçon le 2 mars). M. C. CHABRIÉ, professeur, traitera de la fabrication de l'alcool; des acides et des alcalis ; des dissolvants organiques. — *Zoologie.* Introduction générale à l'étuae des Sciences naturelles. Les mercredis, à quatre heures. (1re leçon le 3 mars.) M. HOUSSAY, professeur, développera les méthodes et les conclusions communes à toutes les sciences de la nature et s'efforcera d'initier, par des exemples significatifs, à la diversité des techniques.

COURS ANNEXES. — *Chimie physique.* — Les lundis, à trois heures et les samedis, à trois heures et quart. (1re leçon le 1er mars) M. Jean PERRIN, chargé du cours, parlera (le samedi) des ions dans les électrolytes et des colloïdes, et (le lundi) des relations entre les propriétés des corps et leur composition et de la Photochimie. — *Anatomie comparée.* Les mardis et samedis, à trois heures et demie. (1re leçon le 2 mars.) M. G. PRUVOT, professeur adjoint, chargé du cours, traitera des téguments et de leurs dérivés, du système nerveux et du squelette. Les travaux pratiques auront lieu les jeudis, à 1 heure. — *Physiologie végétale.* Les lundis, à trois heures, et les jeudis, à une heure. (1re leçon le 1er mars.) M. MOLLIARD, chargé du cours, étudiera 1° les échanges d'énergie; 2° la variation fonctionnelle et morphologique chez les végétaux.

CONFÉRENCES ET TRAVAUX PRATIQUES. — Les Conférences et travaux pratiques commenceront le lundi 1er mars. Les etudiants ne sont admis qu'après s'être fait immatriculer et sur la présentation leur carte. — *Sciences physiques.* M. PELLAT, professeur, fera une conférence de physique les lundis, à 4 heures 1/4. — M. LEDUC, professeur adjoint, fera les mercredis, à 4 heures, et les vendredis, à 2 heures, des interrogations aux candidats au Certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Enseignement pratique au laboratoire, les vendredis et les samedis, de 8 heures 1/2 à 11 heures. — Les manipulations de physique auront lieu au Laboratoire d'enseignement (directeur : M. le professeur BOUTY ; sous-directeur : M. DÉCOMBE) tous les jours, de 8 heures 1/2 à 11 heures. — M. BOUVEAULT, professeur adjoint, fera, les jeudis à 9 heures, et les samedis, à 4 heures 1/4, des Conférences de chimie organique. — M. GUICHARD, chargé de conférences, fera, les lundis et mercredis, à 5 heures 1/4, des conférences sur la chimie minérale. Le laboratoire d'enseignement pratique de chimie générale (directeur : M. OUVRARD, maître de conférences adjoint) est ouvert aux candidats au certificat de chimie générale, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 1 heure 1/4 à 5 heures 1/4 M. OUVRARD fera, les mardis et jeudis, à 1 heure 1/2 des conférences de manipulations. Des travaux pratiques en vue du Certificat de chimie appliquée ont lieu, les lundis, de huit heures et demie à midi et de deux heures à cinq heures. Ils sont précédés d'un exposé théorique et pratique fait par M. AUGER. — M. MICHEL, professeur adjoint, fera les mercredis et samedis, à 8 heures 1/2, des conférences sur la Minéralogie, suivies de travaux pratiques. — *Sciences naturelles.* M. J. CHATIN, professeur. dirigera, les lundis, à une heure, et les jeudis, à 9 heures, des travaux pratiques préparatoires au certificat d'histologie. — M. E. HAUG, professeur, fera les jeudis, à 2 heures, au laboratoire, des conférences pratiques de géologie. — M. CH. VÉLAIN, professeur, dirigera les lundis, à 1 heure 1/2, des travaux pratiques de géographie physique. — M. A. BERGET, chef des travaux pratiques de géographie physique, fera, les mercredis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire, des conférences de topographie suivies des travaux pratiques. — M. HÉROUARD, maître de conférences, fera les lundis et mercredis, à 2 heures 1/2, des conférences de zoologie sur les protozoaires, les spongiaires, les mésozoaires, les cœlentérés et les vers. — M. Louis LAPICQUE, maître de conférences, fera les mercredis, à 10 heures 1/2, et vendredis à 4 heures, des conférences sur les fonctions de relation. travaux pratiques, les jeudis. — M. DUBARD, maître de conférences, fera les jeudis à 5 heures, et les samedis, à 8 heures 1/2, des conférences de botanique coloniale (fondation du Ministère des Colonies). — M. H. COUPIN, chef des travaux pratiques de botanique, fera, les mardis, de 8 heures 1/2 à 11 heures 1/2 et de 2 heures à 5 heures, des conférences suivies de manipulations relatives au certificat de botanique — M. PERVINQUIERE, chef des travaux pratiques de géologie, fera les lundis, à 10 heures 3/4, des conférences de paléontologie. — Les travaux pratiques auront lieu les lundis et mercredis, de 9 heures à 11 heures, et les jeudis, de 3 heures à 5 heures. — M. L. GENTIL, maître de conférences, fera, les mercredis, à 11 heures, et les vendredis, à 10 heures, des conférences relatives à la pétrographie, et à la stratigraphie des terrains primaires et secondaires. — M. RABAUD, maître de conférences de tératologie, continuera les vendredis, à 5 heures 1/2, l'étude comparée des phénomènes généraux du développement embryonnaire normal et tératologique. Interrogations les lundis à 2 heures — M. A DEREIMS, chargé de conférences, fera, les mardis, à 5 heures, des leçons de géologie préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles.

DIPLOMES D'ÉTUDES SUPÉRIEURES DE SCIENCES MATHÉMATIQUES, PHYSIQUES OU NATURELLES. — La préparation aux diplômes d'études supérieurs de sciences physiques et de sciences naturelles peut être poursuivie : Pour la physique, dans les laboratoires de MM. LIPMANN, BOUTY, PELLAT, Mme Pierre CURIE, MM. Jean PERRIN, ABRAHAM. Pour la Chimie, dans les laboratoires de MM. HALLER, M. LE CHATELIER, Gabriel BERTRAND, LESPIEAU, URBAIN. — Pour la Zoologie et la physique animale, dans les laboratoires de MM. Y. DELAGE, DASTRE, CHATIN, HOUSSAY, PRUVOT. — Pour la minéralogie, dans le laboratoire de M. WALLERANT. — Pour la botanique et la physique végétale, dans les laboratoires de MM. Gaston BONNIER, MATRUCHOT. — Pour la géologie, dans les laboratoires de MM. VÉLAIN, HAUG, Léon BERTRAND.

ENSEIGNEMENT ET EXERCICES PRATIQUES OUVERTS A DES GROUPES SPÉCIAUX D'ETUDIANTS. — I. *Ecole normale supérieure* ; M. J. TANNERY, professeur. Calcul différentiel et calcul intégral. — M. L. RAFFY professeur. Application de l'analyse à la géométrie. — M. E. BOREL, professeur adjoint. Mathématiques. — M. HADAMARD, professeur adjoint. Mathématiques. — M. BRILLOUIN, chargé de conférences. Physique. — M. ABRAHAM, chargé de cours. Physique. — M. COTTON, chargé de cours. Physique. — M. PÉCHARD, chargé de cours. Chimie, — M. LESPIEAU, Maître de conférences. Chimie. — M. Léon BERTRAND, chargé de cours. Géologie. — M. MATRUCHOT, professeur adjoint. Botanique. — M. HOUSSAY, professeur. Zoologie.

II. *Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* — *Physique.* 1re *section.* — M. Paul JANET, professeur, traitera les lundis et vendredis, à 9 heures : Acoustique, Optique. Capillarité. Les samedis, à 4 heures 1/2, conférences préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles. — 2e *section.* — M. SAGNAC, chargé du cours, traitera les mercredis et samedis, à 9 heures : Acoustique. Optique. Capillarité. Les vendredis, à 4 heures 1/2, conférences préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles. — M. KROUCHKOLL, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie.* — 1re *section.* — M. JOANNIS, professeur, traitera les mercredis et jeudis, à 9 heures : Analyse. Métaux, Chimie organique. Les mercredis, à 10 heures 1/2, conférences préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles. — M. ETAIX, chef des travaux, maître de conférences adjoint, dirigera les manipulations de chimie les mercredis et vendredis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — 2e *section,* — M. PÉCHARD, chargé du cours, traitera les mardis et vendredis, à 9 heures : Chimie organique. Les vendredis, à 10 heures 1/2, conférences préparatoires au certificat d'études supérieures de sciences physiques et naturelles. — M. SIMON, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie, les mardis et samedis, de 1 heures 1/2 à 4 heures 1/2. — *Zoologie.* — M. Rémy PERRIER, chargé du cours, continuera l'étude des vertébérés et terminera le cours par l'exposé des points fondamentaux de la doctrine transformiste (preuves d'une évolution, facteurs de la variation, etc.). — 1re *section.* — Les lundis, à 10 heures 1/2. — 2e *section.* — Les mercredis, à 10 heures 1/2. — M. FISCHER, chef des travaux, maître de conférences adjoint, dirigera les manipulations de zoologie les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Botanique.* — M. DANGEARD, chargé de cours, traitera de la morphologie et de la classification des plantes vasculaires, puis de la physiologie végétale. — 1re *section.* — Les lundis et vendredis, à 10 heures 1/2. — 2e *section.* — Les mardis et samedis, à 10 heures 1/2. — M. CHAUVEAU chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée. Directeur des études : M. C. CHABRIÉ. — L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires ; en 2e année, les analyses quantitatives et les préparations de chimie organique; en 3e année, les analyses et les préparations des produits industriels. Les exercices de laboratoire ont lieu de 9 heures à 5 heures. — M. RENGADE chargé des travaux pratiques de 1re année, réunit les élèves les jeudis, à 11 heures, et les samedis, à 9 heures, et leur donne les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. — M. FREUNDLER, chef des travaux pratiques de 2e année, maître des conférences adjoint, réunit les élèves de 2e année les mercredis, à 4 heures, et les samedis, à 11 heures. — M. AUGER, chef des travaux pratiques de 3e année, maître de conférences adjoint, réunit les élèves de 3e année, les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. MARIE, chef des travaux pratiques d'électro chimie, et de chimie physique, réunit les élèves les mercredis et vendredis, à 11 heures.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les hépatites infectieuses aiguës leurs causes et leurs lésions (1);

Par **Marcel GARNIER**, médecin des hôpitaux.

Les lésions du foie déterminées par les infections aiguës sont superposables à celles des reins ; elles ont le même caractère anatomique ; elles indiquent le même processus ; elles sont de même nature. Il est donc logique de les décrire sous le nom d'*hépatites infectieuses*, de même que l'on désigne celles des reins du terme de *néphrites infectieuses*.

Étiologie.

Si l'on s'en rapporte aux données fournies par les autopsies, on peut dire que le foie est constamment atteint au cours des maladies infectieuses. En clinique, le plus souvent, cette atteinte du foie passe inaperçue ; c'est qu'au début la réaction hépatique consiste uniquement en une suractivité fonctionnelle, et que celle-ci n'entraîne des lésions que si l'attaque microbienne est intense ou la résistance organique prolongée. D'ailleurs, l'analyse exacte des symptômes permet de mettre souvent en évidence le trouble du fonctionnement hépatique.

Causes prédisposantes. — Cette constance des lésions hépatiques dans les cas graves s'explique par l'importance même de la glande et par le rôle antitoxique qui lui est dévolu. Préposée normalement à l'arrêt des poisons et des microbes qui arrivent par la veine porte, elle a sans doute une action semblable sur les agents morbides venant par l'artère hépatique. Pour résister à l'infection, la glande doit fournir un travail exagéré, et ce surmenage engendre peu à peu des lésions.

A côté de cette cause prédisposante générale, il faut placer celles plus banales qui résultent d'atteintes morbides antérieures. Les habitudes alcooliques, en nécessitant une suractivité de l'organe, le rendent plus vulnérable ; peut-être aussi, la surcharge alimentaire habituelle et les troubles dyspeptiques agissent dans le même sens ; à plus forte raison les maladies organiques du foie, et en particulier la cirrhose de Laënnec. Enfin, il faut faire entrer probablement en ligne de compte la prédisposition aux affections biliaires et hépatiques que l'on rencontre dans certaines familles et qui s'exprime le plus souvent par le syndrome de la cholémie familiale isolé par MM. Gilbert et Lereboullet.

Causes déterminantes. — Plusieurs facteurs interviennent pour déterminer des lésions du foie au cours des maladies infectieuses ; c'est d'abord le microbe causal de l'infection : il est charrié au foie par la circulation artérielle, se localise dans la glande et provoque par les poisons qu'il renferme des réactions et des altérations cellulaires. Parfois il ne fait que traverser l'organe, et est éliminé par la bile, et on conçoit que cette élimination de corps toxiques donne lieu à des lésions.

Souvent le microbe ne pénètre pas dans la circulation, il en est ainsi par exemple pour le bacille de la diphtérie ; on sait que ce microbe se cantonne sur la muqueuse où s'est produite la fausse membrane et n'agit à distance que par les poisons solubles qu'il sécrète. Ces poisons diffusibles lèsent le foie comme ceux qui adhèrent au corps bacillaire et aucune différence ne peut être relevée dans les lésions.

A côté du microbe et de ses toxines, il faut placer les agents d'infection secondaire, en particulier les bactéries intestinales dont la virulence s'exalte et qui tendent à envahir le foie par la voie cholédocienne, et surtout les poisons formés dans l'organisme, principalement dans le tube digestif, sous l'influence de la perturbation apportée aux diverses fonctions. Ces poisons digestifs résorbés au niveau de l'intestin pénètrent dans le foie par la veine porte. On voit ainsi qu'au cours des infections, le foie peut recevoir des agents nocifs par la voie artérielle, la voie portale et la voie biliaire ; il faut y joindre aussi la voie sus-hépatique par où pénètrent parfois les microbes quand survient l'asthénie cardiaque.

Anatomie pathologique.

Caractères généraux des hépatites infectieuses aiguës. — Aspect macroscopique. — A l'autopsie d'un malade mort d'une infection aiguë, le foie est presque constamment augmenté de volume ; son *poids* dépasse souvent 2.000 grammes et atteint parfois 3.000 grammes. Cette augmentation de poids est due pour une grand part à la congestion de l'organe ; mais dans certains cas, la congestion manque, l'examen histologique montre des lésions étendues de dégénérescence graisseuse, et pourtant le poids augmente. Dans un cas de variole confluente que j'ai étudié avec M. le professeur Roger, l'étude chimique du tissu hépatique nous a montré que la quantité de graisse atteignait 20 p. 100, c'est-à-dire le cinquième de la masse totale ; malgré le remplacement d'une telle quantité de parenchyme par un tissu d'une densité beaucoup moindre, le foie pesait 2.325 grammes. L'augmentation considérable du poids, malgré la diminution de la densité, ne peut s'expliquer par le faible degré de congestion et le peu de diapédèse leucocytaire qui existent alors. Il faut donc invoquer une autre cause, qui ne peut être, semble-t-il, que l'hypertrophie véritable du viscère, l'augmentation de la quantité du tissu hépatique : la suractivité fonctionnelle aboutit à une prolifération anatomique.

La *couleur* est variable : si la mort est survenue rapidement, elle est en général rouge foncé, lie de vin, en rapport avec la congestion de l'organe. Si les lésions de dégénérescence prédominent, ce qui dans certaines maladies comme la variole se rencontre de bonne heure, l'organe présente une teinte jaune-chamois plus ou moins claire.

Souvent, on trouve, tranchant sur le fond rouge de la face convexe, des *taches blanches*, décrites par Hayem en 1871 sous le nom de taches anémiques et étudiées par Hanot en 1893. Ces taches sont circulaires ou polygonales ; elles atteignent et quelquefois dépassent les dimensions d'une pièce de cinq francs ; elles sont parfois légèrement saillantes et donnent alors l'aspect du *foie granuleux infectieux*. Elles sont dues, d'après Hanot, à l'infiltration leucocytaire et aux lésions cellulaires, qui présentent à ce niveau leur maximum d'intensité. Parfois, comme j'ai pu m'en assurer avec M. Roger, on ne constate à leur niveau que la vacuité des vaisseaux.

La surface de l'organe est dans quelques cas parsemée de placards congestifs, ressemblant à de véritables ecchymoses sous-capsulaires ; ces taches rouges, qui représentent une sorte de purpura du foie, sont beaucoup plus rares que les taches blanches.

La *consistance* de l'organe est, comme la couleur, en rapport avec l'état de congestion ou de dégénérescence ; dans quelques cas, elle est molle, comme pâteuse, donnant au doigt la sensation de graisse.

(1) Leçon faite à l'hôpital Broussais (service du Pr Gilbert).

Caractères histologiques. — Histologiquement, les lésions portent sur les différents éléments du foie, le tissu interstitiel et les cellules nobles.

Tissu conjonctivo-vasculaire.— Dans nombre de cas, les vaisseaux sont dilatés et remplis de globules rouges ; les capillaires interlobulaires ectasiés repoussent et compriment les cellules parenchymateuses qui paraissent aplaties. Cette congestion est parfois la modification prédominante : il en est ainsi au premier septénaire de la dothiénentérie, comme l'a vu M. Siredey, et expérimentalement chez les animaux ayant succombé rapidement à la suite de l'inoculation d'un microbe virulent.

Parfois les capillaires se rompent et une hémorrhagie intraparenchymateuse se produit. J'ai vu cette lésion chez un enfant mort de variole congénitale ; tout un département du foie était occupé par une infiltration sanguine ; les travées hépatiques étaient dissociées à ce niveau, et les cellules ratatinées étaient comme noyées dans une nappe de globules rouges.

La paroi des vaisseaux est altérée dans quelques cas ; les cellules endothéliales sont gonflées ou même desquamées ; cette endovascularite est plus fréquente au niveau des veines et des capillaires que dans les artères.

L'infiltration leucocytaire est une lésion à peu près constante. Elle se présente sous deux formes, diffuse ou localisée, donnant lieu alors aux nodules infectieux. Diffuse, on la rencontre au niveau des espaces portes ; les traînées leucocytaires se continuent parfois autour de ces espaces, s'avancent plus ou moins dans la fissure de Kiernan et peuvent même rejoindre des traînées semblables venues d'un espace voisin. Ces leucocytes sont le plus souvent des lymphocytes ou des mononucléaires ; exceptionnellement on rencontre des formes analogues aux plasmazellen.

Les *nodules infectieux* se localisent tantôt dans l'espace porte, tantôt en plein parenchyme, au milieu des cellules hépatiques. Tout l'espace peut être rempli de noyaux si bien que ses différents éléments disparaissent sous l'accumulation des leucocytes et on a peine à reconnaître la veine, l'artère et le canal biliaire. Dans le lobule, les foyers cellulaires ont une forme arrondie, ovalaire ou triangulaire. MM. Roger et Weil ont montré que dans la variole ils étaient formés de lymphocytes et de mononucléaires ; d'après Pierre Girard, dans la diphtérie, les polynucléaires prédominent dans les nodules intralobulaires, tandis qu'au niveau des espaces portes, l'infiltration est surtout formée par des lymphocytes et des mononucléaires.

La constatation de ces nodules n'implique pas forcément la présence de microbes dans le tissu hépatique ; il est rare qu'on puisse colorer des formes microbiennes à leur niveau ; on les rencontre dans la diphtérie où, comme on le sait, le bacille reste cantonné à la surface de la muqueuse ; et M. Roger a montré qu'ils pouvaient se voir expérimentalement à la suite de l'ingestion de toxines.

La capsule d'enveloppe est rarement atteinte ; pourtant, nous l'avons vue parfois épaissie ; la lésion épargnait le revêtement péritonéal et portait uniquement sur la couche fibreuse ; celle-ci était formée de nombreuses fibres parallèles, légèrement ondulées, entre lesquelles apparaissaient quelques noyaux, qui ne devenaient véritablement abondants qu'à la face profonde, contre le parenchyme.

Parenchyme.— Les lésions se concentrent ordinairement dans les lobules ; les canaux biliaires sont sains, parfois seulement entourés de leucocytes.

L'architecture générale du lobule est habituellement conservée ; parfois la travée amincie par la dilatation des capillaires, s'allonge et devient sinueuse ; dans certains cas, les cellules ont tendance à s'enrouler sur elles-mêmes de façon à donner des figures rappelant un peu l'évolution nodulaire que l'on rencontre dans certaines cirrhoses. Dans des cas exceptionnels, même quand on n'a pas observé cliniquement le syndrome de l'ictère grave, on peut rencontrer une dislocation complète de la travée ; alors les cellules hépatiques ont perdu leur ordination normale ; elles sont jetées pêle-mêle sans qu'on puisse retrouver le chemin des capillaires rayonnés ; les lobules deviennent méconnaissables.

La cellule peut enfin être modifiée dans sa constitution même. Sa forme est souvent altérée ; de rectangulaire qu'elle est normalement, elle devient polygonale, triangulaire, ou même irrégulièrement arrondie. Ses dimensions sont souvent diminuées, elles se réduisent au tiers ou à la moitié de ce qu'elles sont à l'état sain. Quand cette atrophie est marquée, elle s'associe habituellement à des lésions dégénératives.

Presque tous les types de dégénérescence cellulaire peuvent se rencontrer dans les hépatites infectieuses aiguës. Le plus fréquent est la *dégénérescence graisseuse* ; le protoplasma cellulaire est alors rempli de graisse, tantôt répartie sous forme de fines gouttelettes, tantôt ramassée en une grosse vésicule ; le noyau est en général conservé ; repoussé vers la périphérie, il est parfois pâle, à peine teinté par la substance colorante, si bien qu'il est difficile de dire quand l'infiltration cesse et quand la dégénérescence commence. La graisse a en général son maximum dans les cellules qui entourent immédiatement l'espace porte ; parfois elle est uniquement limitée à ce niveau ; dans d'autres cas elle se prolonge le long des fissures de Kiernan, formant des bandes qui entourent le lobule et rejoignent les espaces portes voisins. La disposition des lésions est alors calquée sur celle de l'artère hépatique, dont les branches, comme on le sait, enserrent le lobule ; charrié par le sang artériel, le poison microbien étend son action sur les cellules qui avoisinent l'artère, et les altérations sont d'autant plus intenses que l'irrigation est mieux assurée. D'après la distribution de la lésion, on peut distinguer des foies à dégénérescence partielle périportale, et des foies à dégénérescence partielle périlobulaire. Nous avons renconcontré des exemples de ces différents types dans la scarlatine.

Les autres variétés de dégénérescence sont moins souvent observées. La tuméfaction trouble, fréquente dans la diphtérie et la fièvre typhoïde, est rare dans la scarlatine, la variole, l'érysipèle.

La *tuméfaction transparente*, décrite en 1884 par Hanot et Gilbert dans le choléra asiatique, a été retrouvée depuis par différents auteurs non seulement dans cette affection, mais aussi dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle gangreneux, la malaria ; avec M. Roger, je l'ai observée dans la variole. Elle consiste en un gonflement du protoplasma cellulaire qui prend une translucidité cristalline, alors que le noyau normal, gonflé ou divisé, se colore bien par les réactifs ; les cellules tuméfiées ont des contours nets ; elles se compriment mutuellement, oblitèrent la lumière des capillaires et perdent la disposition trabéculaire. Cette lésion doit être distinguée de la mortification cellulaire ; nous l'avons retrouvée, le professeur Gilbert et moi, dans l'anémie hémorragique expérimentale, et, bien qu'alors elle s'étende parfois à toute la glande, elle permet la survie des animaux.

La *dégénérescence vitreuse* se rencontre parfois dans le foie infectieux ; le protoplasma est transformé en un

bloc vitreux ; le noyau, au lieu de rester intact comme dans la tuméfaction transparente, devient de plus en plus pâle, et arrive même à disparaître complètement.

Enfin, dans certains points, on voit des cellules en état de nécrose plus ou moins avancée ; il ne reste souvent que des lambeaux de protoplasma difficilement reconnaissables et des fragments de noyaux mal colorés.

Caractères chimiques. — J'ai pensé avec M. Roger qu'il serait intéressant de compléter par l'analyse chimique les données que fournit le microscope. Il est facile de doser l'eau, la graisse, les albumines et les matières insolubles ; mais c'est surtout la détermination de l'eau et des graisses qui nous a conduit à des résultats intéressants.

Ces deux éléments subissent en général des variations en sens opposé ; quand l'eau augmente, la graisse diminue et inversement ; c'est ainsi que chez les animaux morts d'infections diverses à streptocoque, pneumocoque, bacille d'Eberth, coli-bacille, l'eau est généralement augmentée ; sa quantité passe de 72 à 77 p. 100 ; la graisse est diminuée et tombe de 2.2 à 1,5 p. 100

Chez l'homme, le plus souvent la quantité d'eau est normale ou légèrement diminuée, et la quantité de graisse est notablement augmentée ; elle varie de 3 à 7 p. 100 au lieu de 2,5, chiffre normal. Dans un cas nous avons vu la graisse atteindre le chiffre énorme de 20 p. 100 ; l'eau alors s'était abaissée à 64 p. 100.

L'augmentation de l'eau est certainement une réaction utile de l'organisme, et nous avons pu établir avec M. Roger que plus un tissu est actif, plus il contient d'eau. L'augmentation de la graisse traduit l'intensité de l'infection ; on la regarde ordinairement comme l'indice d'une dégénérescence du parenchyme. Peut-être est-il plus exact d'admettre, avec Carnot, qu'elle est la conséquence d'une surcharge défensive. Il faut reconnaître en tout cas qu'elle n'apparaît qu'après l'accumulation de l'eau qu'elle remplace, mais avec laquelle elle peut coexister ; elle jouerait ainsi le rôle d'une troupe de réserve qui n'apparaît sur le terrain du combat que quand la première ligne de défense a faibli.

Différents types anatomiques des hépatites infectieuses aiguës. — Les lésions que nous venons de décrire ne se rencontrent pas en général à l'état isolé ; elles s'associent entre elles de manière à former un certain nombre de types, dont on peut distinguer schématiquement quatre variétés.

Congestion active. — La congestion représente la première en date des modifications que l'infection provoque dans le foie. On la rencontre au premier septénaire de la fièvre typhoïde, et dans les infections expérimentales, quand la mort est rapide.

Le foie congestif est gros, lourd, de consistance ferme, de couleur brun violacé. L'examen histologique montre la dilatation des vaisseaux. Souvent cette lésion est associée à la diapédèse des globules blancs, et parfois, comme M. Siredey l'a vu dans la dothiénentérie, à la tuméfaction des endothéliums et à l'aspect trouble des cellules hépatiques.

Hépatite diapédétique. — Parfois l'infiltration leucocytaire devient prédominante ; les globules blancs envahissent les espaces portes, dessinent les fissures de Kiernan, s'accumulent en certains points pour former des nodules. Cette forme mérite donc le nom d'*hépatite diapédétique*. Elle indique, comme la congestion, un effort réactionnel de l'organisme. Elle est certainement compatible avec la vie et peut sans doute guérir sans laisser de traces. Elle cache cependant le plus souvent des altérations cellulaires ; au niveau des nodules on rencontre parfois des fragments protoplasmiques ; et il est probable que ces petits foyers de dégénérescence laisseront à leur suite des cicatrices fibreuses.

Hépatite graisseuse. — L'hépatite graisseuse est la forme le plus communément trouvée à l'autopsie. L'augmentation de la graisse du foie est constante dans la scarlatine, très fréquente dans la variole et dans l'érysipèle, habituelle dans la fièvre typhoïde au troisième septénaire. Elle manque chez les lapins tués en quarante-huit heures par une inoculation intra-veineuse de streptocoque, mais elle s'observe chez ces animaux après injection de toxine diphtérique.

Elle peut être précoce ; dans les cas de scarlatine que nous avons étudiés avec M. Roger, elle était surtout marquée quand la mort était survenue rapidement en cinq à six jours ; elle l'était beaucoup moins, quand la survie avait été plus longue.

Le plus souvent la graisse est dans les cellules à l'état de surcharge, et le noyau garde ses aptitudes colorantes. On peut donc admettre que cette transformation, quand elle n'est pas trop étendue et qu'elle est par suite compatible avec la vie, peut disparaître avec la cause qui l'a engendrée, comme disparaissent les surchages graisseuses physiologiques de la grossesse et de la lactation. Parfois pourtant, le noyau meurt, soit que la quantité de graisse ait dépassé le taux que la cellule peut contenir sans en souffrir, soit que les poisons microbiens l'aient frappé directement ; alors la cellule est supprimée, et la lésion ainsi produite est irrémédiable.

Carnot considère dans beaucoup de cas l'accumulation de la graisse comme une surcharge défensive ; elle constitue d'après lui une réserve alimentaire utile aux éléments cellulaires qui luttent contre la toxi-infection, et elle a peut-être aussi un rôle direct dans la fixation des poisons. Dans cette hypothèse, l'hépatite graisseuse doit encore être rangée au nombre des manifestations réactionnelles de l'infection et mise à côté de l'hépatite congestive et de l'hépatite diapédétique ; déjà pourtant l'effort demandé à l'organe est plus grand, l'adultération du tissu plus prononcée ; certains éléments, incapable de soutenir leur rôle jusqu'au bout, succombent. Un degré de plus, et les cellules seront définitivement supprimées ; c'est cette mort des cellules qui caractérise la dernière forme.

Hépatite dégénérative et nécrosique. — L'atrophie cellulaire, la dégénérescence vitreuse, la nécrose de coagulation, caractérisent l'hépatite dégénérative et nécrosique. Cette forme d'hépatite est la plus grave ; si elle intéresse une grande étendue du foie, elle se traduit par des signes d'insuffisance hépatique avec ou sans ictère grave ; si elle est limitée à quelques foyers plus ou moins volumineux, elle diminue la capacité fonctionnelle de l'organe, constitue un facteur de gravité pour l'évolution ultérieure de l'infection, et, si la survie est possible, elle laisse après elle une miopragie hépatique. (*A suivre.*)

Invagination iléo-cæcale au cours de la fièvre typhoïde chez un enfant de sept ans.

Par

René **CRUCHET**, agrégé, médecin des hôpitaux

DESQUEYROUX, interne des hôpitaux

de Bordeaux.

Nous venons d'observer au cours d'une fièvre typhoïde une complication qui doit être peu fréquente, car c'est en vain que nous avons parcouru les pages de plusieurs

traités classiques pour en trouver mention. La rareté du cas nous invite à le publier.

Le 17 octobre 1908, au soir, entrait, à l'Hôpital des Enfants, dans le service du professeur A. Moussous, suppléé par l'un de nous, un jeune garçon de 7 ans ; les renseignements très vagues fournis sur son compte par sa famille nous apprenaient seulement qu'il était malade depuis une quinzaine de jours, qu'il se plaignait de la tête et du ventre et qu'il avait de la fièvre. Aucun médecin ne l'avait vu ; ses parents s'étaient contentés de le tenir au lit et de le soumettre à une alimentation liquide. Deux jours avant son admission à l'hôpital, son état s'était aggravé et un vomissement était survenu.

Lorque nous vîmes cet enfant, nous constatâmes qu'effectivement il était abattu. Le pouls un peu mou, régulier, battait 116 fois à la minute ; à l'auscultation, les bruits du cœur étaient assourdis. L'abdomen, à peine ballonné, était douloureux dans la région cæcale et la pression de cette zone provoquait quelques gémissements. Le foie était gros, la rate percutable, mais il n'existait pas de taches rosées. L'auscultation des poumons décelait quelques râles de congestion prédominant aux bases. Contrastant avec l'accélération du pouls et l'atteinte sérieuse portée à la santé du malade, le thermomètre ne marquait que 37°6.

En présence de cet état général, de ces symptômes abdominaux, pulmonaires et cardiaques, l'idée d'une fièvre typhoïde venait immédiatement à l'esprit. Mais si ce faisceau d'arguments incitait à porter un tel diagnostic, il était malaisé d'expliquer l'absence ou la faible élévation de la température ; une hémorragie intestinale, une perforation surtout, venant compliquer une dothiénenterie depuis quelque temps déclarée, pouvaient bien rendre compte d'une telle anomalie ; mais en examinant minutieusement le malade, on ne notait aucun des signes locaux propres à ces deux complications. Comme cependant l'hypothèse de dothiénentérie paraissait très vraisemblable, on s'arrêta à l'idée d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, arrivée sur son déclin, et compliquée de myocardite.

Le petit malade eut quelques heures plus tard un vomissement de lait caillé. Le lendemain matin, pour provoquer les selles, un lavement fut administré. A la suite, des matières jaunes et molles en faible abondance furent évacuées.

Pendant toute la journée, l'enfant resta somnolent, se plaignant toujours du ventre, sans que l'inspection ou la palpation fissent découvrir rien de nouveau. La température du matin : 37°2, ne s'éleva le soir qu'à 37°4.

Dans la nuit du 18 au 19, l'enfant eut deux à trois vomissements de lait caillé ; il eut également deux ou trois selles très liquides, jaunâtre, sans mucosités, ni sang.

Le 19 au matin, très rapidement, dans l'espace de trois heures, la figure prit une teinte terreuse, les yeux s'excavèrent, les traits se grippèrent, le nez se pinça, la peau se recouvrit d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités devinrent glacées, le malade offrit le tableau alarmant d'une prostration profonde. En opposition avec ce refroidissement périphérique intense, la température centrale, basse jusqu'alors, monta à 39°. Le pouls filiforme se précipita de plus en plus ; des nausées, suivies de quelques vomissements, agitèrent le petit moribond. Pour la première fois, le ventre apparut nettement ballonné, mais d'une façon uniforme, sans qu'aucune anse intestinale se dessinât à la vue. La région cæcale était toujours l'endroit le plus douloureux à la pression ; la défense musculaire empêchait toute palpation profonde.

Devant des symptômes aussi soudains et aussi graves, nous revînmes sur le diagnostic de fièvre typhoïde à son déclin, précédemment porté, et nous conclûmes à une perforation typhique probable, ayant évolué pendant 3 jours d'une façon sournoise et se révélant tout à coup par un tragique éclat.

Malgré les injections de sérum, de caféine, d'éther faites pour le remonter, malgré les bouillottes et les flanelles dont on l'entoura pour le réchauffer, l'enfant mourut vers 9 heures.

L'autopsie fut pratiquée 30 heures plus tard. A l'ouverture du ventre, les anses grêles se montrèrent très dilatées ; le gros intestin avait son volume normal. La cavité abdominale ne contenait pas de liquide. En examinant avec soin l'intestin grêle, nous aperçûmes par transparence des plaques de Peyer volumineuses. Une section pratiquée le long du bord mésentérique nous les fit voir tuméfiées, congestionnées et ulcérées, mais sans perforation. Ce qui attira le plus vivement notre attention, ce fut, au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin, l'existence d'une dépression circulaire nettement accusée.

Nous ouvrîmes le cœcum et nous constatâmes alors, dans sa lumière, la présence d'une invagination intestinale. La portion d'iléon ainsi invaginée avait la forme d'un boudin long de 20 centimètres, comme l'indique la figure ci-contre.

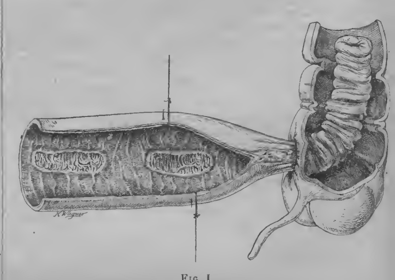


Fig. I.
Intestin grêle ouvert le long de son bord mésentérique ; sur le bord opposé, deux plaques de Peyer très congestionnées. Le cæcum, ouvert par sa face postérieure, contient l'intestin grêle invaginé.

Cette découverte nous expliqua les particularités cliniques que nous avions observées chez notre sujet et nous permit de reconstituer l'histoire de sa maladie. Il était maintenant certain que cet enfant, atteint depuis 15 ou 20 jours de fièvre typhoïde, avait fait, 2 jours avant son entrée à l'hôpital, une invagination iléo-cæcale. A ce moment, en effet, les parents s'étaient aperçus que l'état de leur enfant devenait plus mauvais. Quand 48 heures plus tard, ils nous l'amenèrent, la température était tombée, un vomissement s'était déjà produit. Puis les nausées et les vomissements cessèrent pour ne reparaître que quelques heures avant la fin. Pendant ce temps, la constipation n'était que très relative et elle fut même remplacée par de la diarrhée, la veille de la mort. Le ballonnement du ventre, de son côté, n'apparut que comme signe tout à fait terminal. L'occlusion intestinale, en un

mot, ne se manifesta que d'une façon irrégulière et larvée pendant les quatre jours que dura son évolution. Ce ne fut qu'aussitôt avant la mort que les accidents brusquement se précipitèrent pour affecter les allures de l'étranglement intestinal le plus serré et le plus aigu.

Ce cas soulève quelques réflexions :

1° Au point de vue *pratique* tout d'abord, il est évidemment regrettable que le diagnostic n'ait pas été porté dès l'entrée du sujet à l'hôpital. L'idée d'invagination ne nous serait très vraisemblablement pas venue à l'esprit, vu l'absence de boudin à la palpation et de selles sanglantes (ces dernières pouvant du reste, si elles avaient existé, s'expliquer par la fièvre typhoïde) ; mais nous aurions pu envisager, dès le début, la possibilité d'une perforation : et ce diagnostic aurait eu pour résultat immédiat de provoquer l'intervention d'urgence; intervention qui en faisant découvrir l'invagination aurait peut-être conduit à la guérison.

Évidemment, si nous avions pu suivre l'enfant depuis le début de sa maladie, une chute brusque, vers le 15e jour, de la température jusque-là élevée, aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic de perforation ou même d'occlusion ; mais en présence des renseignements vagues fournis par les parents et de l'état actuel du petit malade au moment de l'admission, les raisons pour intervenir d'urgence paraissaient d'autant moins justifiées que le diagnostic de fièvre typhoïde à son déclin semblait tout à fait plausible. Quelles que soient, du reste, les raisons légitimes qui expliquent notre erreur, elle n'en a pas moins existé, et c'est dans l'espoir qu'elle profitera à d'autres, le cas échéant, qu'il nous paraît utile de la faire connaître.

2° Au point de vue *étiologique*, ces faits d'invagination au cours de la fièvre typhoïde sont peu connus. Chez l'adulte, on cite quelques cas isolés de Louis, Ross, Scott, Scheele, Chantemesse, Pinatelle, Vincent, Moty, Pitchford, dont l'énumération, vite terminée, montre combien ce fait est rare ; les statistiques des complications chirurgicales de la fièvre typhoïde confirment encore cette remarque, et c'est ainsi que sur 1.700 cas, Keen n'en a relevé aucun par invagination (1).

Mais si la rareté de cette complication est évidente chez l'adulte, elle l'est bien davantage chez l'enfant avant 15 ans, puisque nos recherches à ce sujet sont demeurées complètement négatives (2). Notons également que la variété d'invagination *iléo-cæcale* notée dans notre observation paraît être un fait unique, puisque cette variété d'invagination, même chez l'adulte, n'a jamais été relevée encore, au moins d'après Nénon, dans le cours de la fièvre typhoïde.

3° Au point de vue *clinique*, l'évolution de cette invagination rentre dans le cadre des invaginations brusques, évoluant avec le minimum de symptômes (vomissements rares, ballonnement abdominal à peine appréciable, pas de sensation de boudin, douleurs profondes avec défense pariétale dans la fosse iliaque droite ne se différenciant guère de la douleur qui existe, au même niveau, dans la fièvre typhoïde sans complications, persistance de selles non sanguinolentes, température au voisinage de la normale avec pouls rapide) pour se terminer, en quelques heures, avec tous les signes du syndrome péritonéal aigu classique.

Un caractère sur lequel nous croyons devoir insister, est la *dissociation du pouls et de la température* ; malheureusement, on ne peut le considérer comme pathognomonique, car il peut exister également quand il s'agit de perforation intestinale et aussi dans certaines variétés de fièvre typhoïde à forme myocarditique.

Enfin, ici comme dans la plupart des cas observés chez l'adulte, c'est bien entre le 15me et le 20me jour d'une fièvre typhoïde, jusque-là sans gravité apparente, que cette complication par invagination survient sournoisement.

(1) Consulter Paul Nénon : « Sténose de l'intestin grêle d'origine typhique ». Thèse de Lyon, 1907-08.

(2) Voir en particulier H. Méry, article *Fièvre typhoïde in* : « Traité des maladies des enfants ». Grancher-Comby, t. 1, 1904.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les maladies de Luther.

« Le seul bonheur pur de la vie est de satisfaire pleine- « ment tous les matins le plus grossier de nos besoins ». Ainsi soupirait Montaigne. Il serait très « moderne », mais par trop inférieurement indiscret, de vérifier cette proposition par la voie du referendum. Ce qu'on peut affirmer plus sûrement, c'est que l'état de constipation fait le malheur des individus et parfois celui des peuples, car l'état intestinal de certains grands hommes peut avoir eu la même répercussion sur la face des choses que le nez de Cléopâtre.

Ainsi, voyez Luther ! Ce grand Réformateur fut un grand constipé ! Il a décrit lui-même son état de santé avec un soin analytique qui révèle une finesse d'observation remarquable (1). Assez bien portant dans sa jeunesse, en dépit d'une éducation très sévère et d'un régime d'ascète, Martin Luther se plaignit surtout de constipation vers l'époque de la diète de Worms, en 1521. Ce mal ne fit qu'empirer, pour atteindre une intensité culminante durant le séjour que fit Luther au château de la Wartbourg pour se soustraire à la fureur de ses ennemis, sous la protection de Frédéric de Saxe. C'était en 1522; Luther avait alors 39 ans. « Le Seigneur m'a frappé d'une grande dou- « leur au derrière, écrit-il alors à Melancthon (2) ; mes « selles sont tellement dures que je dois faire des efforts « très douloureux, au point que la sueur m'en coule ; hier « je suis allé à la selle après 4 jours ; aussi n'ai-je pas dormi « de la nuit. » Les pilules qu'avalait Luther n'agissaient que passagèrement ; la constipation durait jusqu'à 5 à 6 jours.

A ce premier mal, se joignaient, dans les mêmes années : une tendance à la mélancolie, des vertiges, des syncopes, des bruissements d'oreille, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des périodes de prostration physique et intellectuelle, alternant avec des crises d'excitation et d'humeur excentrique. C'était à tel point que ses compagnons de cloître le tenaient pour un épileptique ou comme possédé du démon.

A vrai dire, tous ces symptômes ne sont pas à rapporter à l'état de constipation ; mais la plupart étaient les avant-coureurs ou les signes méconnus alors, de la diathèse urique et rhumatismale dont a souffert notre malade. En outre, il faut tenir grand compte du surmenage que s'imposait Luther, par les prières, les veilles, les exercices de toutes sortes aggravés par le jeûne et poussés jusqu'à ce qu'il en

(1) Bibliographie : *Dr Martin Luthers Krankengeschichte*, par Fried. Küchenmeisker (Leipzig, 1881) ; et tout récemment : *Dr Martin Luthers Krankeiten und deren Einfluss auf seinen Korperlichen und geistigen Zustand*, par W. Ebstein, (Stuttgart, 1908).

(2) Melanchton fut, comme on sait, l'ami, le compagnon de lutte et le défenseur de Luther contre la Sorbonne. C'est Melanchton, qui à la mort Luther, devint le chef des protestants d'Allemagne.

restât tout hébété et incapable pendant des semaines, d'écouter et de travailler. Ajoutons que l'abstinence sexuelle,jointe aux mortifications, laissait place à des périodes d'excitation, que, grâce à une volonté puissante, le puissant prédicateur franchit toujours victorieusement jusqu'à son mariage (13 juin 1525).

En bon constipé, Luther devint un parfait hémorrhoïdaire, ainsi qu'il l'expose lui-même (1) : « Quand j'allais « à la selle, l'intestin me sortait de l'anus, sous le volume « d'une noix. Après il restait une saillie comme un petit « grain de chénevis, laquelle me démangeait et m'incom-«modait d'autant plus que les selles étaient molles. S'il « me sortait du sang caillé, je ne me sentais que plus à « l'aise et plus agréablement impressionné. L'acte de la « défécation m'était devenu un plaisir qu'augmentait « l'écoulement de sang, si bien que l'agrément de cette « sensation m'invitait plusieurs fois par jour à me pré-« senter à la garde-robe. Si je pressais avec le doigt, cela « me démangeait de la façon la plus agréable, et le sang « coulait. » On peut conclure de ce récit que le moine augustin a pu goûter à certaines joies de ce monde sans avoir toutefois pu apprécier « le seul bonheur pur de la vie », dont Montaigne, quelques années tard, plus devait se faire l'écho.

Luther traîna pour ainsi dire avec lui tout le cortège de l'arthritisme : *constipation, hémorrhoïdes, lithiase rénale, goutte* ; plus les accessoires : vertiges, troubles digestifs, etc. Et pourtant il n'y avait rien en lui d'héréditaire, sa vie était des plus simples par le régime, et des plus mouvementées par l'activité. Ce n'est que vers 40 ans qu'il se mit à grossir, après avoir été extrêmement maigre, comme un ascète qu'il était. Il souffrit de la pierre pendant plus de dix ans, avec de nombreuses crises de coliques néphrétiques; « Je geins de la pierre, qui doit être « la maladie des Allemands, comme la goutte, dit-on, est « celle des Anglais ». La plus forte crise advint le 26 février 1537, avec une rétention d'urine qui dura 8 jours, avec des vomissements et une certaine enflure des extrémités qu'on peut rapporter, avec le prof. M. Ebstein (2), à l'urémie.

Luther eut en surcroît d'autres maux : blessure à la jambe, abcès à la gorge, abcès à l'oreille et ces bruissements qu'il attribuait à l'action du diable. Il eut une poussée de sciatique à se rouler par terre. Il eut des accès de goutte, de la diarrhée, de la dysenterie. Par bonheur, il échappa aux épidémies de peste et de suette milliaire, qui sévirent en Allemagne, en particulier à Wittenberg, à Zwickau, à Zerbst, à Marburg, soit dans les endroits que Luther parcourait pour les besoins de sa propagande. Mais Luther n'avait pas peur et se moquait des théologues qui abandonnaient leurs congrès devant les épidémies. Il mourut à l'âge de 62 ans, de faiblesse du cœur chez un artério-scléreux depuis longtemps surmené. L'autopsie n'a pas été faite.

Ainsi Luther a été en proie, la plus grande partie de sa vie, à des troubles variés et cruels. Faut-il admettre qu'un tel état de santé n'ait eu aucune influence sur l'état moral et intellectuel du grand Réformateur ? Le D[r] Ebstein est pour la négative. Mais notre confrère est Allemand et protestant, et il se peut que son jugement n'ait pas une entière puissance d'objectivité. Sans doute, Luther avait cette force de volonté qui réduit la douleur, et par laquelle cet autre arthritique, Emmanuel Kant, subjuguait ses crises de podagre (1). Mais Luther n'en fut pas moins un malade. Il le fut plus que Gœthe (2) ; il le fut moins que Schopenhauer et que Nietzsche ; il le fut assez pour qu'il soit admissible que la revision parallèle de ses luttes religieuses et de ses souffrances physiques et morales révèle à quiconque aurait le loisir de se plonger dans une pareille étude, certaines anomalies psychiques, visant non pas le but que poursuivit Luther et qui fut si pleinement atteint, mais les moyens qu'il employa ainsi que leur explication psychologique. CORNET.

(1) Lettre à Julius Jonas, le 6 janvier 1528.
(2) *Loc. cit.* p. 24.

(1) *Altprenssische Monatsch.*, 1872, Bd. IX, p. 611.
(2) MOEBIUS. — *Das Pathologische bei Gœthe*, 1903 ; CORNET, *la Psychiâtrie dans Gœthe ; le côté pathologique dans les œuvres de Gœthe ; Gœthe pathologiques ; Mort de Gœthe* ; in *Progrès Médical*, 15 et 22 février, 8 et 15 mars 1902.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des adénites cervicales tuberculeuses;

Par le docteur Henri **JUDET**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Docteur ès sciences.

Le traitement local des adénites cervicales tuberculeuses subit depuis quelques années une intéressante évolution : il cesse de plus en plus d'appartenir au domaine de la chirurgie opératoire (Calot, Prof. Robin) pour rentrer dans celui de la chirurgie conservatrice.

Depuis 1904, nous avons appliqué systématiquement la méthode des injections modificatrices au traitement de *toutes les formes* de tuberculose ganglionnaire cervicale qui se sont présentées à nous.

Nous allons examiner successivement les résultats obtenus dans les différents cas.

I. ADÉNITES SUPPURÉES.

Dans les poches mono-ganglionnaires suppurées et superficielles, l'accord est à peu près fait entre tous les chirurgiens : les ponctions suivies d'injections modificatrices constituent la méthode de choix (Villemin) (3).

Cette opinion classique a besoin d'être élargie : si volumineuse que soit la collection purulente, quel que soit le nombre des ganglions ramollis qui l'ont constituée, il est toujours possible et relativement facile d'arriver à tarir l'abcès. Si la collection débutait par les ganglions profonds (ce qui est rare) la ponction *d'emblée* pourrait présenter quelques difficultés : mais il suffira de ne pas se hâter pour que la poche en grossissant devienne facilement accessible.

Nous n'avons pas lieu de nous attarder sur tous ces faits qui sont maintenant bien connus.

II. ADÉNITES NON RAMOLLIES RÉCENTES.

Tantôt il s'agit d'un seul ganglion qui en deux à six mois s'est hypertrophié et a atteint un volume variant d'un œuf de pigeon à un œuf de poule ; tantôt il s'agit d'une polyadénite formant une masse plus ou moins lobulée qui dans les cas extrêmes peut atteindre la grosseur du poing. La consistance de ces tumeurs est solide sans être dure, mollasse dirons-nous, ce qui témoigne de l'existence d'un aggloméerat caséeux au centre de l'adénite. En présence de ces cas de mono ou de polyadénite, la conduite classique est *l'extirpation*. Cette méthode, de l'aveu même de ses partisans les plus autorisés, est d'une exécution difficile et présente de réels dangers (4).

(3) VILLEMIN. — Trait. chir. des adénopathies tub. (*Bul. méd.*, n° du 27 juillet 1907, p. 678.)
(4) « L'extirpation constitue une véritable opération chirurgicale parfois fort complexe, qui a souvent entraîné beaucoup plus loin et plus profondément qu'on ne l'avait supposé....
« Au cours de l'ablation on tombe sur des organes figés dans une

La *mortalité opératoire existe* : sa proportion ne peut être définie faute de documents publiés.

Le résultat définitif n'est pas toujours bon. Les récidives peuvent se produire même après les exérèses les plus étendues et les mieux conduites ; elles varient suivant les auteurs de 5 % (Bouilly) à 50 % (Kocher, Riedel, Bœckel).

L'extirpation est donc loin d'être un traitement idéal et il est tout à fait légitime d'essayer d'autres méthodes.

Nous avons appliqué le naphtol camphré à dix de ces cas d'adénites non ramollies, récentes. Nous utilisons le naphtol camphré préparé de fraîche date avec des produits chimiquement purs, et conservé à l'abri de la lumière. Nous avons rejeté tout naphtol camphré vieux, ayant perdu sa teinte très légèrement ambrée pour prendre une teinte rose brun.

Nous n'avons que très exceptionnellement dépassé la dose de 1/2 cc. de naphtol camphré par injection. Nous n'avons jamais eu d'accident. A trois reprises, avec des doses que nous jugeons maintenant être trop fortes (1 cc., 2 cc.), nous avons observé de la toux avec goût de camphre dans la bouche et de la tendance syncopale. Ces symptômes se sont dissipés en quelques minutes, le malade restant étendu et exposé au grand air.

L'observation type suivante rend compte de la technique suivie et des résultats obtenus.

Obs. I. — Jeune fille de 19 ans : présente depuis février 1908 une tuméfaction ganglionnaire dans la région latérale gauche du cou. En trois mois, l'adénite a acquis un volume considérable (deux œufs de poule) ; elle commence vers l'angle de la mâchoire et descend jusque vers la fourchette sternale. Elle est mollasse sans fluctuation, bilobée comme si elle était constituée par la fusion de deux ganglions énormément hypertrophiés.

Plusieurs chirurgiens ont conseillé l'extirpation que la malade a refusée.

Traitement. — Du 26 mai au 3 juillet 1908, nous faisons dans les divers points de la masse 20 injections de 1/2 cc. de naphtol camphré à intervalles irréguliers (de 1 à 3 jours). A la 2e injection, la masse se ramollit partiellement par son centre. A partir de ce moment chaque injection de naphtol camphré est précédée d'une ponction qui retire des quantités de pus variant de 5 à 40 cc. Au bout d'un mois et demi, la masse est réduite aux deux tiers ; il persiste comme reliquat un noyau dur à chaque extrémité du grand axe de la tumeur (en haut derrière l'angle de la mâchoire ; en bas, dans la région sterno-claviculaire).

A partir de ce moment, compression et séjour à la campagne.

En septembre, la résorption est complète.

En février 1909, la guérison se maintient complète l'intervention qui l'a produite n'a laissé aucune trace.

Nous possédons une dizaine de guérisons semblables : toutes les fois que nous nous sommes trouvé en présence de ganglions s'étant développés assez rapidement (en quelques mois), il nous a été facile de provoquer le ramollissement de l'adénite, quel que fût son volume, et de la guérir ensuite par des ponctions et des injections modificatrices.

III. Adénite dure, ancienne.

Nous avons en vue les adénites qui persistent depuis plus d'un an. En général de tels ganglions ont subi des alternatives de régression et de progression ; leur consistance est dure et cette dureté est l'indice d'un travail de sclérose à la fois péri et intra ganglionnaire.

La tendance à la caséification et à la fonte spontanée est nulle. On conçoit que, en pareil cas, l'effet *ramollissant* du naphtol aura beaucoup de mal à se produire ; même il ne pourra s'exercer qu'incomplètement, puisqu'une partie de la masse ganglionnaire, la partie fibreuse, échappe à la fonte.

Une autre cause d'échec du naphtol réside dans la nature *non tuberculeuse* de l'adénite.

On a reconnu, dans ces dernières années, que les adénites chroniques, indéfiniment dures, de la région cervicale, ressortissent souvent à d'autres causes que le bacille de Koch, Partsch (1), auteur d'intéressantes recherches sur la topographie de l'appareil lymphatique de la tête et du cou, a insisté sur la fréquence des hypertrophies ganglionnaires consécutives aux affections dentaires, hypertrophies qui sont beaucoup trop souvent considérées comme étant de nature tuberculeuse et partant font l'objet de médications et d interventions intempestives. Ephraïm (2) pense que les adénites cervicales, siégeant en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, ne doivent généralement pas être considérées comme étant de nature tuberculeuse, mais comme dépendant d'une affection de l'amygdale : en effet, ces ganglions disparaissent une fois l'amygdale enlevée. Lardy (3) estime que souvent, pour expliquer de gros ganglions sous-maxillaires, on rencontre des végétations adénoïdes qu'il suffit d'extirper pour voir se résoudre les tuméfactions ganglionnaires.

Après élimination, suivant les idées que nous venons de rappeler, nous avons trouvé sur 13 cas d'adénites cervicales dures, anciennes, 8 cas de nature vraiment tuberculeuse.

Ce sont ces 8 cas que nous avons soumis à la médication naphtolée : l'observation résumée suivante donne idée de la succession des phénomènes habituellement observés.

Obs. II. — Jeune fille de 18 ans (dont la mère a été opérée d'adénite cervicale et a eu une récidive) présente depuis l'âge de dix ans une quadruple adénite sous-maxillaire : 2 masses à droite du volume d'un œuf de pigeon, 2 masses à gauche un peu moins volumineuses.

Nous injectons tous les jours du naphtol camphré dans l'adénite droite (1/2 cc. dans chaque ganglion). La fonte se fait attendre 12 jours et encore n'est-elle que partielle. On se rend compte que, si on voulait tenter de l'accélérer en augmentant les doses de naphtol, on aurait à redouter (indépendamment des dangers d intoxication) un sphacèle plus ou moins étendu de la peau.

Finalement le résultat est (au bout de six mois) une réduction de l'adénite au 1/3 de son volume primitif.

Dans aucune des adénites anciennes à forme dure que nous avons traitées par le naphtol, nous n'avons pu aboutir à la résolution complète. Il persistait à la fin du traitement et même quelques mois plus tard, un noyaux fibreux plus ou moins volumineux.

Les résultats ont donc été moins bons que dans les adénites récentes. Cependant les malades ont été satisfaits du traitement parce qu'ils ont vu disparaître sans cicatrice une notable partie de leur tumeur cervicale : la guérison esthétique était en général obtenue et il fallait la palpation pour déceler le reliquat ganglionnaire persistant, malgré le naphtol camphré, sous forme d'un noyau fibreux.

Tous ces malades, porteurs d'adénite ancienne, avaient reculé de jour en jour à suivre un traitement parce qu'on leur avait dit qu'il fallait absolument une opération. Nul doute qu'ils ne se fussent laissés soigner plus tôt, si on leur avait proposé une méthode non sanglante. Traiter les adénites tuberculeuses d'une façon précoce par le naphtol cam-

masse de tissu fibreux, englobés intimement dans une sclérose périganglionnaire qui cimente tous les tissus.

« Ou bien, on rencontre des foyers de ramollissement ou de suppuration qu'on n'avait pu reconnaître et qui deviennent des causes très réelles de contamination du foyer opératoire. Les ganglions tuberculeux entourent les gros vaisseaux du cou ; la carotide, la jugulaire y sont adhérentes ; les rapports anatomiques des organes de la région sont changés, la section des nerfs, toujours possible, est dangereuse et mutilante. Les ganglions qui font saillie ne sont que l'avant-garde d'une pléiade qui s'enfonce profondément jusqu'au-devant du rachis.

« En présence de ces multiples écueils, l'opérateur risque de s'arrêter, au cours de son intervention, devant les délabrements auxquels il se croit entraîné, ou bien s'il ne veut point faire une opération incomplète, il est exposé à l'hémorragie primitive par blessure de la jugulaire ou de la carotide, à l'hémorragie secondaire consécutive à la pression, la contusion de ces vaisseaux ou à la septicémie, à la phlébite pour la même cause, à l'entrée de l'air dans les veines, à la section du facial, etc., etc. (Villemin. *Bulletin médical*, no du 27 juillet 1907, p. 679.)

(1) Ass. silé-ienne pour l'avancement des sciences en Allemagne, 1905.
(2) *Ibid.*
(3) *Semaine médicale*, 6 janvier 1909.

phré, c'est accroître beaucoup les chances de succès de ce médicament. Nous n'osons pas dire que les succès seront constants, mais nous rappelons que sur 10 cas d'adénites récentes, nous avons eu facilement 10 succès.

IV. — Ganglions fistulisés non infectés.

Nous avons utilisé, avec grand avantage, les injections modificatrices dans ces formes de la maladie.

Avec une aiguille très fine, on injecte dans la poche (non pas par la fistule, mais en un point éloigné de celle-ci) quelques gouttes de la solution préconisée par Lannelongue (1): huile d'olive 90 ; éther 40 ; iodoforme 10 ; créosote 2.

On recommence cette manœuvre 5 à 10 fois en variant au besoin le liquide (éther iodoformé, naphtol camphré).

Une fois les injections terminées, on fait de la compression énergique. Dans 17 cas nous avons vu de la sorte la guérison survenir en 2 à 4 mois.

Dans 3 cas, le malade étant pressé d'en finir, nous avons, d'un coup de thermocautère, légèrement agrandi l'orifice de la fistule de manière à pouvoir y introduire une fine curette. Nous avons curetté la cavité sans l'avoir sous les yeux (tout comme on curette une cavité utérine). La membrane tuberculigène est raclée et s'en va par lambeaux. On remplit la poche avec de l'huile de Lannelongue ou de l'éther iodoformé et l'on attend pendant 2 à 3 minutes que le liquide pénètre bien les anfractuosités. On fait ensuite un pansement compressif. Chez nos 3 malades la guérison est survenue en quinze jours par accolement des parois ; il s'agissait de poches mono-ganglionnaires superficielles.

V. — Adénites multiples fistuleuses et infectées.

Ces formes lamentables sont rares; nous en avons observé 3 cas chez des malades négligents ou mal conseillés.

Il faut d'abord faire tomber la fièvre. On y parvient en pratiquant des contre-ouvertures petites, mais bien placées, en mettant des drains multiples par lesquels on fait des lavages à l'eau oxygénée. Une fois la désinfection assurée, on retombe dans le cas précédent.

Le même traitement (injections modificatrices discrètes et compression) donne la guérison, mais il faut en général un temps considérable, de 4 mois à un an, pour amener l'accolement des trajets fistuleux. On y parvient cependant, si l'on a soin de placer le malade dans de bonnes conditions hygiéniques et s'il n'existe pas de lésions pulmonaires notables.

L'opération à ciel ouvert qui, pour de tels cas, a les préférences de nombreux chirurgiens, demande, elle aussi, un temps considérable pour la guérison. Les délabrements opératoires sont considérables, la plaie bourgeonne lentement, elle s'infecte avec facilité, de nouveaux curettages sont souvent rendus nécessaires par la récidive des fongosités.

A tout peser, ces cas ne sont brillants ni pour le traitement opératoire ni pour le traitement par les injections, mais c'est encore à ce dernier que nous donnons la préférence car s'il demande un peu plus de temps, il défigure beaucoup moins. A la région du cou cette consideration est d'une grande importance.

En résumé, il nous paraît que le traitement par les injections et en particulier par le naphtol camphré peut guérir les adénites cervicales tuberculeuses dans l'immense majorité des cas aujourd'hui dévolus au bistouri. Le résultat curatif semble avoir la même valeur dans les deux méthodes : l'injection tout comme le bistouri supprime une partie du foyer, non tout le foyer. Il faut la collaboration de l'organisme pour que la tuberculose ne repullule pas.

L'extirpation est plus rapide ; elle gagne du temps, ce qui peut être important pour un adulte affairé, mais l'est, en général, beaucoup moins pour un enfant.

L'ablation est, croyons-nous, plus dangereuse : il est, à notre avis plus facile d'éviter les accidents imputables au naphtol camphré (1), que ceux relevant soit de l'acte opératoire, soit de l'anesthésie générale qu'il nécessite.

Enfin, le bistouri marque le cou d'une cicatrice toujours visible, souvent disgracieuse, quelquefois même chéloïdienne ; la seringue à injection guérit sans laisser de trace.

En ce qui concerne le choix entre les deux méthodes, nous pensons qu'il faut, pour chaque cas particulier, tenir grand compte des préférences personnelles du malade. C'est au principal intéressé à dire ce que pèsent pour lui les considérations sur la durée du traitement ou sur sa valeur esthétique.

Nous croyons que ce serait bien mal connaître les malades que de ne pas prévoir qu'ils donneront le plus souvent leur préférence à des procédés non sanglants. Ces procédés, pour nous, ont fait leurs preuves.

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. 4, p. 107, et *Bul. méd.*, 1907, n° 94. p. 1058.

(1) En réunissant nos faits de tumeurs blanches, ostéites, abcès froids divers, etc., traités par le naphtol camphré aux cas d'adénites qui forment la base de cet article, nous arrivons à un total d'une centaine de malades, ayant reçu environ 600 injections de naphtol camphré sans accident.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1909.

Dangers du chloroforme. Incoagulabilité du sang et nécrose du foie consécutives à l'anesthésie chloroformique.— *M. M. Doyon* a constaté chez un chien l'incoagulabilité du sang et la nécrose coagulante du foie, à la suite de l'administration, pendant 35 minutes, de chloroforme par inhalation.

De plus, une anesthésie chloroformique relativement courte expose à l'ictère grave un sujet en apparence absolument sain. Aussi, bien des accidents observés par les chirurgiens peuvent-ils s'expliquer par l'action élective du chloroforme sur le foie et les effets indirects de ce poison sur le sang. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1909.

Myopathie atrophique progressive. — M. *Landouzy* présente l'observation d'un malade atteint de myopathie atrophique progressive du type facio-scapulo-huméral (type Landouzy-Déjerine), qu'il a pu suivre durant 30 ans. Il présente en même temps le squelette du sujet, atteint d'ostéoporose et de déformations thoraciques et pelviennes. Les os sont d'une gracilité telle qu'on se croirait en présence d'un squelette de jeune fille.

Pathogénie des douleurs dites de croissance. — M. *P. Coudray*. — Les douleurs simples de croissance, c'est-à-dire les douleurs qui ne s'accompagnent ni de gonflement local, ni de fièvre, sont observées chez des enfants ou des adolescents issus de parents arthritiques.

L'examen des urines de ces enfants montre des troubles certains de la nutrition, caractérisés notamment par une diminution des éléments minéraux, et surtout par une diminution parfois énorme de l'acide urique.

Ces faits prouvent que les douleurs en question sont des phénomènes arthritiques, sans doute de nature congestive, ayant pour siège la zone osseuse voisine du cartilage de conjugaison. Elles n'ont aucun rapport ni avec l'ostéomyélite, ni avec la fièvre de croissance qui n'est vraisemblablement elle-même qu'une ostéomyélite atténuée. La thérapeutique découle de cette théorie pathogénique.

Migration des bacilles de la lèpre. — *M. Marchoux*.

Dans la séance du 2 mars, le sénateur Paul **Strauss** a été élu membre associé libre. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1909.

Traitement des gangrènes diabétiques par l'air chaud. — M. ***Ricard***. — J'ai présenté à la dernière séance plusieurs malades qui, atteints de gangrène diabétique, ont été soignés et guéris par

l'air chaud. Bien entendu, la gangrène elle-même n'a pas été guérie et les portions sphacélées sont restées sphacélées. Il a été fait cependant des tentatives intéressantes pour prévenir la gangrène en des points qui en paraissaient menacés. De toute manière il est précieux de connaître un mode de traitement qui amène la prompte élimination et la bonne cicatrisation de ces gangrènes diabétiques si décevantes pour le chirurgien qui est obligé à de larges sacrifices ou doit craindre la gangrène progressive et l'infection.

Ce procédé a ceci de remarquable qu'il arrête la putréfaction et donne des cicatrices souples et parfaitement indolores. On procède en deux temps très distincts : dans le 1er on emploie l'air chaud à 600° qui calcine et stérilise les tissus sphacélés, arrêtant la putréfaction et hâtant l'élimination. Puis ces tissus morts étant tombés, on fait des douches d'air chaud à 60° pour favoriser la cicatrisation. Ce second temps est long et demande plusieurs semaines ou plusieurs mois.

M. *Quénu*. — Les gangrènes diabétiques sont souvent difficiles à traiter : ou bien l'on attend l'élimination spontanée, ce qui peut être dangereux, car on peut craindre l'infection ; ou bien il faut d'emblée aller amputer très haut et on redoute encore la gangrène du lambeau. Le but à atteindre est la transformation de la gangrène humide en une gangrène sèche, la momification de la région sphacélée. Ce procédé par l'air chaud me semble devoir donner de bons résultats, car il stérilise parfaitement.

M. *Delbet*. — On ne guérit pas la gangrène ; on ne peut que s'en débarrasser. Il est bien certain que sous le nom de gangrène diabétique on traite parfois des gangrènes par artérite, et celles-là on ne les arrêtera pas. Mais dans les gangrènes diabétiques vraies, l'air chaud peut arrêter le processus infectieux. Or c'est par ces infections gagnant de proche en proche que progresse souvent la gangrène. Cette stérilisation peut donc être fort utile. Quant à la cicatrisation, je crois en effet que l'air chaud a sur les plaies une action particulièrement favorable.

Le traitement chirurgical des plaies de poitrine. — M. *Delorme*. — La plupart des chirurgiens, si l'on en juge d'après les discussions récentes, deviennent partisans de l'intervention dans les cas très graves. Mais d'une façon générale ils ne sont cependant pas interventionnistes. Les statistiques donnent encore une mortalité considérable pour les blessés opérés dans les cas graves.

Cette intervention est certainement chose sérieuse. Mais on ne peut dire qu'elle ait jamais nui au blessé. Le danger de l'infection de la plèvre au cours de l'intervention est faible si toutes les précautions ordinaires sont prises. On peut même par elle diminuer les chances d'infection quand, par exemple, des fragments de vêtements ont été entraînés par l'instrument vulnérant. Les statistiques données jusqu'à présent ne signifient pas grand'chose et il me paraît certain que si l'intervention devient plus fréquente, les résultats deviendront meilleurs.

Le diagnostic de gravité n'est pas si difficile qu'on l'a dit : la hauteur de la matité, le déplacement du cœur, constituent des signes précis et faciles à constater. Seule l'hémostase directe peut lutter contre l'hémorragie continue et prévenir les accidents. Les manœuvres nécessaires pour l'examen ne sont pas très redoutables si on agit avec prudence ; en outre, le danger n'est pas ici aussi immédiat que dans une plaie du cœur et laisse au chirurgien le loisir d'un examen suffisant. Les ponctions capillaires à des hauteurs variables, et peut-être la radioscopie, pourraient rendre grands services.

Au cours de l'intervention qui doit être précédée d'un nettoyage suffisant, il faut rechercher soigneusement les plaies postérieures, surtout en cas de plaies par balles qui peuvent produire un véritable éclatement pulmonaire.

En résumé, chaque fois que l'on hésite entre l'intervention ou l'expectative, il faudrait intervenir.

Les plaies du crâne et leurs conséquences. — M. *Picqué* présente un rapport sur 7 observations de M. Baudet concernant des plaies du crâne dans lesquelles il a cru devoir intervenir. Deux de ces cas sont particulièrement intéressants parce qu'il s'agissait de plaies qui ne semblaient pas accompagnées de fracture et dans lesquelles M. Baudet, en taillant un lambeau, a constaté qu'il y avait plaie du crâne et du cerveau. L'intervention avait été motivée par ce fait que la ponction lombaire avait ramené un liquide sanguinolent. M. P. a observé plusieurs fois des cas analogues et il insiste sur la nécessité de l'intervention exploratrice dans tous les cas, même dans ceux où il ne semble pas y avoir de fracture du crâne.

Les fractures du crâne méconnues qui s'accompagnent toujours d'un peu d'infection peuvent être l'origine de troubles mentaux plus ou moins graves, tantôt très précoces qui se révèlent dans les quelques jours ou semaines qui suivent le traumatisme, tantôt plus tardifs. Ces troubles amènent plus tard les malades dans les asiles d'aliénés.

Certaines formes de paralysie générale sont, semble-t-il, d'origine traumatique et surtout certaines formes de démence, et sont attribuables à des infections légères, atténuées et restées méconnues.

Présentations de malades. — M. *Delbet* présente un malade atteint d'une grosse hydarthrose du genou dans le liquide de laquelle l'examen a montré des gonocoques à l'état de pureté.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 15 février 1909. — Présidence de M. Magnan

Compte rendu analytique.

Folie périodique (?) chez deux sœurs. — Présentation de deux malades. — MM. *Trénel* et *Leroy* présentent deux sœurs de 27 ans et 30 ans. La plus jeune, tombée malade à la fin de 1907, avait déjà eu un accès d'agitation maniaque à l'âge de 21 ans. Elle a présenté pendant 10 mois une excitation maniaque classique avec fuite des idées; elle est actuellement guérie. On constate chez elle un fond très certain de débilité mentale. La sœur aînée (30 ans), également débile, a eu il y a 10 ans une affection aiguë (fièvre typhoïde avec délire ou premier cas de manie ??). L'accès actuel a débuté subitement par des accidents de forme maniaque d'une durée de deux mois, suivis d'une phase de stupeur avec symptômes catatoniques et mutisme qui dure depuis 5 mois ; il y a hypothermie et ralentissement du pouls (44 à 52). Les auteurs pensent être ici en présence d'un cas particulier de folie périodique se manifestant sous la forme de maladie familiale.

MM. Magnan, Ritti, Colin, font remarquer qu'il importe de prolonger l'observation des deux malades avant d'arrêter le diagnostic de folie périodique.

Migraine, aphasie et parésie transitoire. Tendance au suicide. Alcoolisme. Fugue consciente et fugue inconsciente. — Présentation de malade. — M. *de Clérambault* présente un dégénéré héréditaire.

Ptosis et strabisme externe *gauches* constatés à un mois demi. Pas de convulsion. Vers quinze ans, série d'accès migraineux durant deux ans : tremblements, paresthésies, et parésie notable du bras *gauche*. Aphasie survenue subitement et durant 5 heures. Fait notable, le ptosis, le strabisme, les troubles parétiques et parasthésiques ont tous eu pour siège le côté gauche ; or le malade est *gaucher* ; l'aphasie a montré que son centre de Broca siège bien dans son hémisphère droit. Pas de troubles du membre inférieur. Pas de troubles ophtalmoplégiques. A 33 ans, sous l'influence de chagrins et de libations, le malade fait, après un léger ictus, une période d'activité automatique suivie d'amnésie, signature unique de l'épilepsie à laquelle se rattachent, dans notre cas, les troubles migraineux. Le malade a présenté une hallucination hypnique : une voix imaginaire, celle d'une personne morte, l'a tiré de son sommeil, et il a cherché son interlocuteur durant trois ou quatre minutes, avec une conviction absolue. Il a présenté en outre, à diverses reprises, des tendances au suicide, sous forme tantôt de velléités personnelles, et tantôt d'idée obsédante. Début à 17 ans ; un empoisonnement, un coup de revolver. Une fugue de treize jours avec recherche du danger (prédominance éthylique). Interné deux fois sur sa demande.

Mélancolie chez une négresse. — Présentation de malade. — M. *Trénel* montre une négresse du Soudan (race Peuhl) ; à la suite d'un choc moral, elle tombe dans un état de dépression profonde avec idées et tentatives de suicide. A l'asile, elle présente une mélancolie avec idées de culpabilité, hallucinations péni-

bles de l'ouïe, quelques idées de persécution. La symptomatologie est pure, mais très élémentaire.

La persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale. — Présentation de pièces et projections. — M. *Dagonet* montre à la Société des photographies et projette des photogrammes démontrant la persistance des neurofibrilles dans la paralysie générale Les idées de M. Dagonet, combattues par Marinesco, puis par G. Ballet et Laignel-Lavastine, ont été, au contraire, en grande partie confirmées par les recherches de Bieschowky et plus récemment de Moriyasu.

M. *Piéron* appuie les observations de M. Dagonet. Pour lui, les neurofibriles paraissent être l'*ultimum moriens*, non seulement dans la paralysie générale, mais encore dans toute les lésions de la cellule nerveuse.

Deux cas d'aphasie sensorielle. Présentation des cerveaux. — M. *Vigouroux* présente les cerveaux de deux malades ayant eu des troubles du langage. Le premier avait de l'aphasie sensorielle, mais surtout de la surdité verbale. Il ne comprenait aucun des mots prononcés devant lui. C'était un paralytique général. A l'autopsie on ne trouva pas de lésions circonscrites. La piemère, très épaissie dans son ensemble, s'enlevait facilement, laissant des ulcérations au niveau du lobe sphénoïdal et aux deux tiers antérieurs de la 1re et 2e temporale. Il y a de rares ulcérations dans le reste des circonvolutions. L'examen histologique montre de l'encéphalite diffuse. Le 2e malade avait aphasie motrice et agraphie. L'autopsie révèle l'existence d'une pachy-méningite hémorrhagique ancienne organisée, comprimant toute la face externe de l'hémisphère gauche. Cet hémisphère est atrophié dans son ensemble et pèse 100 grammes de moins que le droit. A l'examen histologique, sclérose, mais pas d'inflammation. Dr DE CLÉRAMBAULT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du 18 février 1909.

MM. *Laquerrière* et *Loubier* ont employé la faradisation trémulante dans le traitement des varices. En réglant l'interrupteur d'un appareil faradique de façon à obtenir de 100 à 150 interruptions par minute, on provoque des contractions musculaires rapides qui déterminent une sorte de massage des veines profondes et permettent d'obtenir tous les avantages du traitement par la marche mais pouvant s'appliquer sans que le sujet ait d'effort à accomplir, ni à faire preuve de bonne volonté (phobiques, obèses, rhumatisants). Ce traitement permet de traiter les varices et forme dans bien des cas le premier stade d'une rééducation des fonctions motrices des membres inférieurs. Les résultats paraissent surtout favorables contre l'œdème et les phénomènes douloureux. Il paraît n'y avoir que peu d'influence, au moins lorsqu'on ne fait, comme les auteurs, que 10 à 28 séances, sur les gros paquets variqueux externes.

M. *Delherm*, qui a utilisé la faradisation avec une technique identique, confirme l'efficacité du procédé.

M. *Oudin* cite plusieurs observations où l'effluve de haute fréquence lui a donné des améliorations symptomatiques considérables, et même parfois des diminutions des varices externes.

M. *Durand* a quelquefois appliqué sur des varices, par analogie avec le traitement des hémorrhoïdes, soit l'électrode à manchon de verre, soit une électrode métallique, et il a constaté des améliorations.

M. *Delherm* étudie les **indications de l'électrothérapie dans les suites de fractures.** Contre les arthrites résultant soit du traumatisme, soit de l'immobilisation, il a employé avec d'excellents résultats le courant continu à haute intensité avec ou sans introduction électrolytique médicamenteuse. Contre les troubles moteurs, il estime qu'on ne peut instituer un traitement qu'après un électro-diagnostic, car, très souvent. dans les traumatismes, il se produit des névrites traumatiques. S'il y a une réaction de dégénérescence plus ou moins marquée, c'est au courant continu qu'on a recours. Dans les atrophies simples, au contraire, on emploie la faradisation par choc brusque d'abord, afin de « dérouiller » le muscle, par ondulation ensuite. L'ondulation agit en effet davantage sur la sensibilité, et il est bon, pour qu'on ne soit pas obligé d'atteindre des intensités douloureuses, que le muscle obéisse facilement à l'excitation et ne soit plus engainé dans un œdème qui diffuse le courant.

M. *Laquerrière* insiste sur l'utilité de l'électro diagnostic et cite des exemples où l'oubli de cet examen aurait conduit à des erreurs graves. Il fait remarquer qu'il y a lieu aussi de faire du courant faradique à choc brusque plutôt que de l'ondulation quand la peau amincie par le traumatisme est fragile et douloureuse. Il recommande de surveiller en particulier, chez les accidentés du travail qu'on a laissés trop longtemps sans traitement sérieux, la production de troubles hystériques.

M. *Durand* est aussi d'avis que l'électro-diagnostic doit toujours être fait après un traumatisme un peu sérieux et il cite une observation où, dans un accident du travail, cet examen fit constater qu'il s'agissait d'une hémiplégie cérébrale survenue au moment de l'accident et non d'une névrite traumatique.

M. *Laquerrière* présente des *radiographies rapides.* Bassin en 45 secondes à 90 centimètres de distance ; crâne à 1 mètre de distance en une minute 15 secondes et une minute 20 secondes, et il fait remarquer la richesse des détails obtenus. Différents orateurs se plaignent de la difficulté qu'il y a à régler les ampoules pour radiographie rapide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 24 février 1909, présidée par M. L. MARTIN

La destruction des ordures ménagères. — M. *Nave* lit un travail sur cette question, duquel il résulterait que la destruction des ordures ménagères doit être menée de front avec les deux autres sujets qui intéressent l'assainissement des villes, à savoir : l'alimentation en eau et l'élimination des eaux usées. Ces diverses opérations se prêtent un mutuel secours, en abaissant le prix de revient Par exemple, les ordures ménagères brûlées peuvent fournir la chaleur nécessaire à actionner des moteurs pour élever les eaux d'alimentation.

M. *Livache.*— Les ordures ménagères ont de 20 à 50 % d'eau si l'on peut brûler les premières, il sera difficile de brûler les secondes, et, par suite, d'obtenir ainsi de la force motrice.

Et l'on sera bien obligé, quand même, de s'en débarrasser en les brûlant ou en employant tout autre moyen, mais sans apporter aucun secours aux autres opérations d'assainissement dont on a parlé.

L'application de l'ozone à la stérilisation des eaux potables de la ville de Chartres. — M. *Fessard*, maire de Chartres, passe rapidement en revue les moyens employés dès le temps des Romains jusqu'à nos jours pour alimenter la ville en eau potable. Des procédés des Romains, il ne reste que quelques tronçons d'aqueducs qu'on n'a jamais cherché à utiliser, et tout ce qu'on a fait depuis, jusqu'à ces dernières années, était de la plus complète inefficacité. Les habitants en étaient réduits à s'alimenter avec des puits. On avait pensé utiliser la source de Fontaine-Bouillant, située à 6 kilomètres de Chartres, source abondante mais qui, malheureusement, est mauvaise à l'analyse. On voulait alors s'alimenter à la source même de l'Eure ; mais elle se trouvait à 44 kilom. On a préféré prendre l'eau de l'Eure aux portes même de la ville, sauf à lui rendre les qualités qui lui manquent, par la filtration et l'ozonisation. On a employé, pour ces opérations, les procédés déjà usités à Marseille et à Lille, et les analyses des eaux ainsi traitées à Chartres sont telles que l'on ne peut que se féliciter du résultat obtenu. Pour 6.000 mètres d'eaux distribuées par jour, on a dépensé une somme de 400.000 francs.

M. *Baudet*, maire de Châteaudun, s'élève contre l'idée d'alimenter une ville en eau de rivière, qui a l'inconvénient bien connu d'être chaude en été. L'eau de Fontaine-Bouillant eût, sans doute, été préférable.

M. *Fessard* réplique que cette source se trouve *en aval* de Chartres, et qu'il aurait fallu l'amener à la ville par des ouvrages d'art qui lui auraient fait perdre, dans le trajet des 6 kilomètres, la température désirable. Il aurait fallu, en outre, la stériliser ; ce qui ne peut guère se faire sans donner à l'eau la température ambiante. Le bénéfice de l'eau de source eût été ainsi complètement perdu. A. PUJOL.

ANALYSES

Traitement des inflammations purulentes aiguës par l'air chaud; par le Dr Iselin. (*Centralblatt für Chir.*, 1908, n° 43.)

Voici la méthode de l'auteur : narcose au brométher, évacuation de l'abcès et des tissus nécrosés, lavage à la solution saline physiologique, pansement de la cavité purulente à la gaze iodoformée pour une durée de 2 jours ; c'est le jour qui suit l'opération que commence le traitement par la chaleur. On emploie pour cela les boîtes en bois de Bier, qu'on laisse chaque jour 2-3 heures, avec une température de 90 à 110°. C.

Extraction de corps étrangers de l'œsophage; par le Dr Danielsen. (*Deutsche med. Woch.*, 1908, n° 50.)

Série de succès d'extraction de corps étrangers avec la corbeille de Graf. Il s'agit de 7 cas, dont 6 de râteliers avalés pendant le sommeil, et un mark avalé par un enfant de 2 ans. Les rayons X favorisent beaucoup la détermination du siège, sans qu'ils soient absolument indispensables. L'important est dans une bonne technique : il faut élever par en haut, d'une main légère, et ne jamais tirer. C.

Lésions du thymus dans la syphilis congénitale; par Simmonds. (Communication à la section biologique de l'Associat. méd. de Hambourg). (*Münch. med. Woschenschrift*, 15 décembre 1908, p. 2635.)

La question du thymus hérédo-syphilitique est toujours à l'étude Dubois autrefois avait trouvé chez quatre nouveau-nés morts de syphilis congénitale (1850) des abcès auquel il attribuait une grande valeur diagnostique. Des nombreuses discussions qui ont eu lieu après cette communication, il est difficile de tirer une conclusion définitive : l'opinion de Chiari est généralement adoptée et l'on considère les « abcès de Dubois » comme des formations d'origine variable : tantôt ce sont des gommes ramollies, tantôt des cavités artificielles produites par la putréfaction cadavérique, tantôt enfin comme des formations spéciales n'ayant point de rapport avec la syphilis ; ce seraient des corpuscules de Hanal ayant subi une transformation kystique; mais la paroi du kyste présente une brèche, grâce à laquelle le tissu thymique fait hernie à l'intérieur de la cavité. Cette formation spéciale tout à fait indépendante de l'hérédo-syphilis d'après Chiari a été retrouvée par plusieurs auteurs.

Simmonds a étudié le thymus de plusieurs hérédosyphilitiques; dans deux cas il a constaté l'existence de *kystes*. Ces kystes avaient un contenu purulent dans le premier cas, séreux dans le second. La paroi du kyste était épithéliale. La structure du thymus autour des formations kystiques attire l'attention : au lieu de tissu lymphoïde, c'est le tissu *épithélioïde* que l'on trouve sur les coupes, enfin les corpuscules de Hanal sont à peu près complètement absents.

L'existence de spirochètes répartis en grand nombre dans le tissu thymique constitue un argument en faveur de l'origine syphilitique des lésions observées. D'ailleurs ces caractéristiques histologiques : structure épithéliale, formations kystiques, absence des corpuscules de Hanal, caractérisent le thymus fœtal. Si on les rencontre chez un enfant, c'est qu'il s agit de formations régressives ; on les rencontre plus ou moins accentuées chez les hérédosyphilitiques, et l auteur conclut : Les kystes de Dubois sont des formations syphilitiques et résultent de formations régressives causées par l'infection syphilitique.

Simmonds rappelle que l'hérédosyphilis crée également des kystes pulmonaires (dilatation bronchique congénitale) et rénaux (maladie kystique du rein, congénitale).

On peut rapprocher cette contribution de Simmonds à l'étude du thymus hérédo-syphilitique d'une observation de Ludwig Mendelsohn (1), parue il y a deux ans et intitulée. Apoplexie du thymus, L'auteur, à l'autopsie d'un enfant hérédosyphilitique mort 8 h après sa naissance, trouva un thymus gros comme un œuf de pigeon ; dans le lobe droit de cet organe, une cavité à paroi lisse grande comme une noisette remplie de sang frais. L'histologie montre que la cavité est bien préformée et l'hémorragie récente. En outre on trouva des lésions de sclérose et surtout des altérations vasculaires, fréquentes dans la syphilis. L'auteur pense que l'hémorragie due à l'accouchement et cause de la mort de l'enfant fut favorisée par ces lésions vasculaires et l'existence de ce kyste. Cette observation vient donc à l'appui de l'opinion de certains auteurs : la syphilis est capable de créer au niveau du thymus sinon ce véritable abcès comme le pensait Dubois tout au moins des formations kystiques (Bednar) dont le contenu, généralement séreux, peut être louche, purulent ou hémorragique.

Quant aux autres lésions syphilitiques, elles seraient surtout caractérisées par : la sclérose, les altérations vasculaires, la régression du tissu même de l'organe : structure épithélioïde, absence de corpuscules de Hanal. R. Debré.

(1) Ludwig Mendelsohn.— Apoplexie du thymus. *Arch f. Kinderheilk.* Bd. 44, H. I, III, p. 1.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliothèque de Thérapeutique publiée sous la direction de A. Gilbert et P. Carnot, professeur et agrégé de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, 26 volumes in-8°, de 500 pages, avec figures cartonnés. *Vient de paraître* : *Kinésithérapie* (*Massage, Mobilisation, Gymnastique*). 1 vol. in-8 de 559 pages avec 336 figures, cartonné : 12 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

L'étude des *agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *physiothérapie* offrent au praticien une série de ressources nouvelles. Qu il s'agisse de *kinésithérapie*, de *massage*, d'*hydrothérapie*, d'*électrothérapie*, de *radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui même, les méthodes usuelles, et connaître le principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux spécialistes.

Quatre volumes sont consacrés à la *Physiothérapie*, dans la Nouvelle Bibliothèque Gilbert-Carnot. Un premier était consacré à la *Mécanothérapie* et à l'*Hydrothérapie*. Un nouveau volume vient de paraitre, consacré à la *Kinésithérapie* (*Massage, Mobilisation, Gymnastique*).

M. Paul Carnot étudie d'abord, les *Bases scientifiques de la Kinésithérapie et les lois de la Mécanomorphose.*

Après cette introduction générale, le *Massage* et la *Mobilisation* sont étudiés dans leur technique générale, puis dans leurs applications aux différentes régions anatomiques et aux différentes maladies. Ainsi que le dit fort bien le Dr Dagron, tout médecin transporte partout avec lui un instrument merveilleux, sa main, dont il ne tient qu'à lui de tirer de remarquables résultats thérapeutiques.

La *Gymnastique* est, elle aussi, une méthode puissante et simple dont le médecin ne tire pas toujours le parti qu'il pourrait, parce qu il la connaît mal. Le Dr Ducroquet en fait un exposé très intéressant. La Gymnastique éducative aide puissamment au développement morphologique de l'organisme et le met en état de résistance contre la maladie. La Gymnastique médicale et orthopédique a pour but non seulement de prévenir la maladie, mais de la traiter une fois constituée.

La *Kinésithérapie vertébrale*, traitée par Mme Nageotte, chargée de ce service à l'hôpital des Enfants-Malades, est la base même du traitement des déviations vertébrales. La *Kinesithérapie respiratoire*, complément de la méthode précédente, est fondamentale : car apprendre à l'enfant dont le thorax se développe mal, à l'adulte prédisposé héréditairement, au prétuberculeux, à l'emphysémateux, à l asthmatique, la façon de respirer, c'est modifier profondément ses conditions générales d'existence ; c'est faciliter ses défenses pulmonaires ; c'est augmenter ses combustions organiques ; c'est, par la même, fortifier le terrain et le rendre impropre aux infections.

La *Kinesithérapie abdominale*, appliquée à l'estomac, à l'intestin, au foie, etc. provoque un stimulus mécanique dont bénéficient souvent ces organes. Elle est exposée par le Dr Cautru.

La *Kinésithérapie gynécologique* (Dr Bourcart) modifie la statique et les conditions circulatoires du petit bassin ; elle provoque parfois d'heureux changements en des cas que l'on aurait cru justiciables de la seule intervention sanglante.

Telles sont les différentes méthodes de la Kinésithérapie. Cette branche de l'art de guérir a le grand avantage de n'introduire dans l'organisme aucune substance toxique ; elle rend, à qui sait en manier les méthodes, d'inappréciables services ; elle doit, par la même, être familière à tous les Praticiens. C.

Cours de philosophie positive (1).

La librairie Schleicher vient de publier le quatrième volume du Cours de philosophie positive d'Auguste Comte. Ce volume contient de la 46e à la 51e leçon : la partie du cours relative à la *physique sociale*. Cette nouvelle publication de l'œuvre du grand philosophe est particulièrement opportune à une époque où la sociologie, sous l'impulsion de M. Durtheim, de M. Mauss, de M. Bouglé, etc. est en train de se fonder précisément dans ce sens, avec les méthodes et les divisions indiquées par A. Comte. La nécessité de considérer les faits sociaux, comme des choses, en prenant devant eux l'attitude intellectuelle du savant devant la matière inorganique, la distinction entre une statique sociale et une dynamique sociale, le consensus universel entre les diverses parties de l'organisme social et par suite entre toutes les recherches particulières sur les conditions d'existence et le mouvement des sociétés, le mot même de *sociologie*, tout cela, qui nous est aujourd'hui familier, se trouve dans ces six leçons d'A. Comte. On peut dire que de ces leçons est sortie toute la sociologie moderne avec les résultats qu'elle a atteints et tout ce qui lui est encore à réaliser. L'œuvre d'Aug. Comte, indépendamment de sa valeur propre, qui en fait peut-être la plus considérable de toute la philosophie du XIXe siècle, prend donc aujourd'hui une signification et une importance particulières. On sera sans doute heureux de la retrouver dans ces volumes sous une forme agréable et commode. Roger Cousinet.

Faculté de médecine de Paris

du 8 au 13 mars 1909

Examens de doctorat.

Lundi 8 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry. 1er (oral) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne ; 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Couvelaire et Mulon ; — (2e série) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel. — M. Desgrez, suppléant. 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper. — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 9 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Maillard. 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Demelin et Morestin ;— (2e série) : MM. Hartmann, Thiéry et Brindeau ;—M. Nicloux, suppléant. - 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Quénu, Marion et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt ; — M. Balthazard, suppléant,

Mercredi 10 mars, à une heure.— Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM, Nicolas, Branca, et Lecène. — 1er (oral) : MM. Brissaud Rieffel et Proust.— 3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Couvelaire et Mulon ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi, 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Thiéry et Morestin. 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Launois et Demelin ; — (2e série) : MM. Quénu, Brindeau et Lenormant ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel. 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Potocki et Branca ; — (2e série) : MM. Nicolas, Legueu et Couvelaire ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et Marcel Labbé ; — M. Langlois, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Gosset et Lecène ; — (2e série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Nobécourt et Brumpt. 4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant. 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

(1) Par Auguste Comte, tome IV. Un vol. 18, VIII-387 pages. Chez Schleicher frères, éditeurs.

Theses.

Mercredi 10 mars 1909, à une heure. — M. Picy, Diagnostic clinique et bactériologique du choléra. La prophylaxie. (MM. Blanchard président ; Gaucher, Marcel Labbé et Macaigne). — M. Ancibure. Quelques considérations sur le rôle thérapeutique de l'iodure dans la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Blanchard, Marcel Labbé et Macaigne). — M. Brechot, Contribution à l'étude de la pylorectomie. La gastro duodéno-entérostomie. (MM. Kirmisson, président ; Delbet, Gosset et Ombrédanne). — M. Vivicorsi. De la rétraction des muscles fléchisseurs des doigts (maladie de Volkmann). (MM. Delbet, président ; Kirmisson, Gosset et Ombrédanne).

Clinique des maladies mentales de l'encéphale. — M. le professeur Gilbert Ballet commencera son cours le *dimanche 7 mars* à 10 heures, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), et le continuera les mercredis et dimanches à la même heure.

Pathologie expérimentale et comparée.— M. Jousset, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 5 *mars* 1909, à 5 heures (Gr. amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *Les microbes pathogènes.*

Pathologie externe.— M. Morestin, agrégé, a commencé un *cours* complémentaire de pathologie externe, le mardi 2 *mars* 1909, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet du cours : *Affections chirurgicales de la tête, du rachis et du cou.*

Anatomie topographique.— M. Rieffel, agrégé, a commencé des conférences le *lundi* 1er *mars* 1909, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : *Anatomie topographique du bassin et des organes génito-urinaires.*

Conférences d'histologie.—M. Mulon, agrégé, a commencé ces conférences le samedi 6 *mars* 1909, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Objet des conférences : *Glandes endocrines* ; *peau* ; *système nerveux* ; *organes des sens.*

Médecine opératoire.— M. Hartmann commencera le cours de médecine opératoire, le lundi 8 *mars* 1909, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet du cours : *Chirurgie journalière. Gynécologie.*

Pathologie générale.—M. A. Sicard, agrégé, suppléant le professeur Bouchard, commencera ce cours le *mardi 9 mars*, à 5 heures (petit amphithéâtre), et le continuera à la même heure les jeudis et samedis suivants. (Objet du cours : *Réactions des séreuses. Rédactions vasculaires. Réactions nerveuses.*)

Universités étrangères.

La Maison des Etudiants de Kiel. — L'Université a acheté au prix de 200.000 marks l'ancien terrain communal Seeburg et le fait transformer en un lieu de délassement surtout physique pour les étudiants : salles de lecture, salles de jeux et de billard, jeux de boules, salles d'escrime et de gymnastique.

Il n'est pas jusqu'au voisinage de l'eau, puisque l'immeuble touche au port, qui ne doive être utilisé pour des exercices de canotage à la rame ou à la voile et donner prétexte à la fondation d'une socété spéciale.

Pavie.— Le Dr Mantagazza, prof. extraord. à l'Université de Pavie, est nommé prof. ordinaire. — Le Dr Sicurt, est nommé privat-docent d'urologie.

38e Congrès de la Société allemande de Chirurgie..— Ce congrès aura lieu à Berlin *du* 14 *au* 17 *avril* 1909, sous la présidence du prof. H. Kummell.

Cologne. — Le privat-docent E. Martin est nommé professeur.

Naples. — Le privat-docent de la Faculté de Padoue, le Dr Galdi, devient privat-docent de pathologie interne.

Lausanne. — Le Dr Eperon, privat-docent pour les maladies des yeux, est nommé professeur extraordinaire.

Czenowitz. — Le Dr Hugo Rambitschek est nommé prosecteur et directeur du laboratoire de bactériologie, comme successeur du Dr Luksch.

REVUE GÉNÉRALE

Le Choléra asiatique ;

par
Jules MILHIT et Edmond LÉVY
Internes des Hôpitaux de Paris.

La nouvelle éclosion en Europe (août 1908) d'une épidémie de choléra indien, survenant après une précédente incursion en Allemagne (1905), a réveillé toutes les inquiétudes et fait redouter pour notre pays une invasion de ce fléau si cruellement célèbre et si redouté. Des mesures sanitaires sévères ont été prises dans nos ports, aux gares frontières, dans chaque ville où la présence d'un voyageur arrivant du pays contaminé est signalée ; s'inspirant des acquisitions scientifiques récentes, le Conseil supérieur de l'hygiène élabore de nouvelles réglementations auxquelles il s'emploiera à faire donner force de loi. A un autre point de vue, les progrès récents de la *microbiologie* et de la biologie autorisent la possibilité d'un « *diagnostic bactériologique* » relativement précoce et rapide des cas douteux, et laissent espérer pour un avenir plus ou moins éloigné, soit une *vaccination* efficace, soit la réalisation d'une *sérothérapie*, préventive sinon curative.

Aussi nous a-t-il paru utile de réunir en une sorte de synthèse toutes ces données nouvelles : nous y avons ajouté l'étude clinique qu'il nous a semblé nécessaire de rappeler pour fixer d'une manière précise certaines particularités symptomatiques peut-être assez confuses : mais nous avons surtout insisté sur les données récentes concernant le « mode de *propagation*, de *dissémination* » de l'épidémie et les mesures *prophylactiques* qui en découlent ; sur le *vibrion* de Koch, sa morphologie, les caractères biologiques qui, permettant de l'identifier, justifient la rigueur d'un *diagnostic bactériologique* ; enfin sur les recherches récentes concernant la *toxine* et l'anti-toxine cholériques qui nous ont conduit à exposer les essais de thérapeutique par vaccination et sérothérapie.

1° *Le choléra, ses invasions successives jusqu'en 1900.* — Le choléra (1) est d'origine asiatique et son berceau véritable est l'Inde ; il y est signalé dès les temps les plus reculés, mais il ne devait pas y rester cantonné perpétuellement, et l'on assiste pendant le XIXe et le début du XXe siècle, à plusieurs exodes.— Brièvement nous allons les rappeler, insistant plus volontiers sur l'exode de 1905, et sur celui de 1908 (en Russie). Nous serons ainsi naturellement amenés à envisager le mode de propagation et de transmission du choléra, à exposer les conditions nécessaires à son éclosion, et par cela même à prévoir les mesures prophylactiques à lui opposer.

La première grande incursion du choléra indien débute en 1817 : le choléra sort de l'Inde par ses deux « *ports d'attache* » Calcutta et Bombay, passe en Indo-Chine et s'étend jusqu'au Japon ; d'autre part transporté à l'Ile Maurice, il passe à la Réunion et Zanzibar ; enfin il gagne le Golfe Persique la Perse et s'arrête en 1823 à Astrakan.

Le deuxième exode, qui devait atteindre cette fois l'Europe commence en 1828 et dure jusqu'en 1837. Pour la première fois en 1831 le choléra est importé à la Mecque. Depuis lors, le Hedjaz, la Mecque, vont jouer dans la propagation du choléra un rôle primordial, celui d'un véritable relais entre l'Inde et l'Europe. Et le danger de ce nouveau foyer pour l'Europe ne va faire qu'augmenter, lors que seront établies définitivement les voies ferrées de Damas à la Mecque.

Pendant cet exode l'Europe fut envahie par trois voies : par la Chine (voie maritime) par l'Afghanistan et la Perse, par la Mecque et l'Egypte. Cette épidémie, connue sous le nom d'épidémie de 1832, fit plus de 100.000 victimes en France.

Le troisième exode s'étend de 1841 à 1854 : en deux fois, 1848 et 1854, l'épidémie s'étend en France et fait près de 150.000 victimes. Le quatrième exode a trait à l'épidémie de 1869-1874 ; nouvelle apparition en 1880 et 1892 gagnant cette fois par la Syrie, la Perse. Nous arrivons maintenant aux plus récentes manifestations.

2° *Le choléra de 1900 à 1908.* — Vers la fin de 1899, le choléra reprend aux Indes une intensité nouvelle ; il éclate à Bombay en 1900, et s'étend d'abord à l'est dans la direction de la Chine, puis plus tard à l'ouest vers l'Europe, en suivant la Mer Rouge, véhiculé une fois de plus par le pèlerinage de la Mecque. En décembre 1901 et janvier 1902, les Indiens musulmans commencent leur exode. Le choléra éclate à la Mecque en mars 1902. Le retour des pèlerins chez eux est suivi de l'éclosion de plusieurs foyers, et malgré le séjour de la caravane au lazaret d'El Tor, l'Egypte est envahie en 1902, puis la Palestine et enfin Bagdad en 1904.

De la capitale persane aux bords de la Caspienne le choléra est transporté par des voyageurs, et il éclate à Bakou au début de 1905. L'épidémie paraît se ralentir pendant la période de froid ; néanmoins on en signale quelques cas en avril 1905 sur le Volga et tout près de Moscou. Véhiculé par la batellerie circulant sur le Volga et le Dniéper, il progresse et envahit l'Empire allemand.

En août 1905, le 1er cas de choléra est signalé en Allemagne, à Kulm sur les bords de la Vistule. Le choléra remonte et descend la Vistule, emprunte le canal de Bromberg, gagne la Netze, la Warthe, remonte l'Oder, atteint Breslau par le canal Frédéric-Guillaume, gagne la Sprée et, en septembre 1905, arrive à Berlin. — De là il rayonne, touche Steinfurth, Oranienburg, où il paraît s'arrêter à la fin de 1905.

L'épidémie paraît enrayée en 1906. Mais dès 1907 le choléra éclate à nouveau à la Mecque à la suite du pèlerinage : les pèlerins revenant dans leurs foyers, malgré les mesures d'hygiène prises, essaiment à nouveau le choléra : la diffusion en est même rendue plus rapide et plus sûre par la création de voies ferrées reliant la Mecque à Damas : grâce à ce nouveau mode de transport, le temps mis par les pèlerins pour regagner leurs foyers est considérablement diminué et de la sorte, grâce au « microbisme latent », que nous exposerons plus loin, les pèlerins peuvent infecter tel ou tel pays, soit pendant le trajet, soit à l'arrivée ; aussi l'importance de la création de ces voies ferrées sur la propagation du choléra n'échappa-t-elle point aux observateurs et dès janvier 1908, M. le Professeur Chantemesse prédisait-il (Académie de Médecine) l'éclosion probable en Europe du choléra pour l'été 1908.

Les évènements lui ont amplement donné raison et dès juillet 1908, nous assistions à une nouvelle éclosion de choléra en Russie.

Avec l'apparition du froid, l'épidémie paraît se ralentir : il faudra en redouter néanmoins la reprise au printemps prochain et surveiller soigneusement, au point de vue de son extension en France, nos ports, nos gares frontières, la voie fluviale, voies diverses empruntées par le choléra dans sa marche envahissante.

(1) Ce paragraphe et le suivant sont inspirés du livre récent de MM. Chantemesse et Borel : « Frontières et prophylaxie », 1907, et de la communication de M. Chantemesse à l'Académie de Médecine (janvier 1908 ; « Les positions actuelles du choléra ».

3° *Modes de propagation du choléra*. A qui veut saisir nettement la marche du choléra, l'étude attentive des épidémies apporte cette conviction que cette marche affecte trois aspects différents : le transport, la propagation, et la dissémination. — Le transport est l'extension d'un pays contaminé à une région saine à longue distance et sans relais ; la propagation est l'extension de ville en ville à courte distance dans un territoire qui vient d'être infecté; la dissémination comprend les modes divers que l'épidémie utilise pour se répandre de maison à maison (1).

Le transport à très longue distance et sans relais est réalisé par la voie maritime. Or si l'on se rapporte à certaines considérations énumérées plus loin relatives aux conditions de vitalité du vibrion, on peut prévoir le rôle à peu près négatif joué dans ce transport par les effets, les marchandises, le rôle presque insignifiant joué par l'eau potable embarquée, par les provisions de bouche. — (Le vibrion se conserve 9 jours dans l'eau, jusqu'à un mois dans le beurre, 5 à 6 jours à la surface des fruits, des légumes.)

Le transport est réalisé au moment du débarquement soit par les individus malades provenant des pays infectés, soit par des individus en état d'incubation prolongée, soit enfin par des individus sains en apparence, mais en état de microbisme latent. La connaissance de ces faits nous explique le paradoxe mis en avant par la Conférence sanitaire de 1865: « Le danger d'importation par les navires et celui de donner lieu à une épidémie grave ne sont pas entièrement subordonnés à l'intensité ni même à l'existence des accidents cholériques à bord des navires. »

Cet état de microbisme latent a été étudié surtout en 1904-1905, sur les pèlerins venant de la Mecque, par le Dr Gotschlich, qui retrouva dans l'intestin de plusieurs pèlerins un vibrion agglutiné à 1/2000 par le sérum spécifique. Ces expériences poursuivies par Gaffky (Institut royal de Berlin), Kohler, ont été confirmées par les professeurs Kolle et Meinicke : Il en résulte que des personnes ayant été exposées à l'infection peuvent héberger les germes spécifiques dans leur intestin, sans montrer cliniquement les moindres symptômes de la maladie ; d'autre part ces vibrions peuvent ainsi se reproduire pendant 7 à 8 semaines. De cette manière un individu sain en apparence peut créer par ses déjections un foyer épidémique: si l'on songe aux longues durées des traversées, et à l'existence facile sur le bateau du « *tout à la mer* » on comprendra comment pendant la durée de la traversée, s'atténue de plus en plus cet état de microbisme, comment ce porteur de microbes n'est pas un danger extrême pour les passagers, et combien est rare sur ces bateaux l'éclosion d'épidémies.

Il n'en sera plus de même lorsque des voies ferrées rayonneront dans les pays exposés perpétuellement au choléra, lorsque les pèlerins de la Mecque se serviront des voies ferrées reliant la Mecque à Damas ; outre qu'ils éviteront la quarantaine d'El Tor, ils essaimeront sur terre un peu partout, si des précautions hygiéniques sérieuses ne sont pas rapidement prises, des germes cholériques, créant ainsi sans nul doute de multiples foyers épidémiques qui, modifiant l'itinéraire habituel du choléra, deviendront un danger permanent pour l'Europe. Aussi l'on comprend le cri d'alarme poussé à ce sujet par M. Chantemesse (Académie de Médecine, 1908), qui réclame l'organisation sanitaire par voie de terre du pèlerinage musulman, et la surveillance des émigrants.

(1) Voir à ce sujet : Chantemesse : « La marche du choléra » *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1905. — Chantemesse et Borel : La récente épidémie de choléra en Allemagne et ses enseignements Hygiène générale et appliquée, février 1906. « Frontières et prophylaxie » Paris 1907. — Dupuy, Congrès colonial de Marseille 1906.

Une fois l'épidémie transportée loin de son foyer originel, la propagation de ville en ville se fait encore surtout par les individus en état d'incubation et de microbisme latent, un peu par les marchandises, les effets, les bagages ; mais l'étendue de la migration du choléra (en tenant compte des moyens de locomotion existant dans chaque pays) est subordonnée à la distance qu'il est possible de parcourir pendant tout le temps où le microbe reste vivant. Il faut insister particulièrement sur le rôle joué dans cette propagation par la *batellerie fluviale*.

Pour réaliser la dissémination de maison à maison, tous les modes d'extension interviennent, particulièrement l'eau potable, contaminée, soit directement, soit par des déjections fraîches qui se sont frayées un chemin jusqu'à la nappe d'eau souterraine, les aliments de toutes sortes qui peuvent être contaminés par les mains, par les *mouches*, etc.

4° *Mécanisme de l'infection cholérique*. — L'infection cholérique se réalise par voie digestive, l'air ne paraît pas être un véhicule important ; l'eau au contraire, est un facteur de tout premier ordre ; il en est de même, en temps d'épidémie, des aliments consommés à l'état cru et du lait non bouilli — Certaines conditions favorisent la réalisation du choléra — sans parler encore de l'hypothèse de Metchnikoff, concernant les associations microbiennes — l'encombrement, la saleté, les déchéances physiques, y prédisposent : ainsi s'explique la prédilection du choléra pour les pèlerinages de la Mecque, son éclosion, dans les prisons, les dépôts de mendicité, etc... Y prédispose également un intestin fonctionnant mal. Non moins importante est l'influence des saisons : prédilection du choléra pour l'automne et l'été, avec diminution d'intensité ou même arrêt pendant l'hiver. Le rôle des pluies des orages se réduit à faciliter la dissémination du germe.

On ne constate aucune influence de races, de sexes ; le choléra épargne peut-être un peu les adolescents, frappant surtout les enfants et les vieillards.

L'épidémie prend fin à un moment sans que l'on puisse fournir, pour en expliquer l'arrêt, une raison certaine (atténuation du germe, immunité relative des individus, faits contestés).

Enfin les reviviscences sont dues à la non-disparition du germe cholérique, qui reprend à un moment donné une virulence nouvelle.

5° *Epidémies locales.— Villes réfractaires au choléra. — Réceptivité individuelle.* — Nous n'énumérerons pas ici les multiples foyers isolés, signalés à différentes époques en France, et dont l'étude a surtout servi à établir le mode de propagation du choléra. Nous préférons signaler combien certaines localités, Lyon, Versailles, paraissent réfractaires au choléra. Cette particularité, dont un essai d'explication a été fourni par la théorie de Pettenkoffer, (théorie de la nappe d'eau souterraine ou des oscillations inverses), trouve sans doute plutôt sa démonstration dans certains faits bien mis en lumière par Metchnikoff.

Cet auteur montre d'abord que l'immunité relative de certains individus ne trouve pas son explication dans le pouvoir préventif de leur sang, et d'autre part, que les vibrions peuvent être ingérés sans provoquer le choléra « qui demande pour se produire une sensibilité particulière de l'organisme humain, dont les éléments nous sont inconnus, en relation sans doute avec les sucs digestifs et l'association de certains microbes. Quant à l'immunité de certaines localités, elle ne peut être expliquée par des conditions particulières empêchant la vie du vibrion septique ; il n'est pas possible d'admettre que l'immunité

locale tienne à l'état de vaccination inconsciente et permanente des habitants, dont le sang ne se distingue par aucune propriété préventive particulière vis-à-vis de l'infection cholérique... Il semble plus logique d'admettre que cette réalisation du choléra dépend d'associations microbiennes, les unes permettant l'éclosion du choléra, les autres s'y opposant ».

Nous sommes en mesure d'étudier maintenant l'agent causal du choléra, le vibrion cholérique.

Vibrion cholérique. — Koch en 1884 isola du contenu intestinal d'individus atteints de choléra asiatique, une bactérie recourbée en virgule, surtout abondante dans les grains riziformes ; depuis, ce bacille virgule a été isolé par de nombreux bactériologistes soit dans les selles des cholériques soit dans les eaux soupçonnées de l'avoir véhiculé. D'autre part Metchnikoff, Sanarelli, ont isolé soit du contenu intestinal de l'homme sain ou d'animaux sains, soit de diverses eaux, en dehors de toute épidémie, un très grand nombre de bactéries voisines du vibrion de Koch, sinon identiques. Aussi est-il important de bien fixer les caractères de ce vibrion.

1° *Morphologie.* — Ce bacille est doué d'un extrême polymorphisme. Dans les cas typiques, si l'on délaye une parcelle de grain riziforme dans du bouillon et que l'on examine après avoir ajouté des traces de violet de méthyle, on voit de nombreux bacilles recourbés en forme de virgule, très mobiles ; après fixation et coloration ils se présentent sous l'aspect de bâtonnets courbes gros, trapus, de 0,8 à 5 μ de long, sur 0,2 à 0,5 μ de large, soit isolés, soit en séries linéaires, parfois ajoutés bout à bout ou simulant un S ; dans les cultures les bacilles sont plus allongés et affectent la forme filamenteuse. Ce bacille, facile à colorer, ne se colore cependant ni par le *Gram*, ni par le *Claudius*. Babes avait cru déceler dans des cultures à croissance lente des endospores : ces granulations ne sont pas plus résistantes aux agents physiques et chimiques que les bacilles eux-mêmes, néanmoins Hueppe pense que ce bacille peut présenter comme stade de développement des petits corps sphériques plus résistants que les vibrions.

La mobilité du vibrion est due à la présence de cils vibratiles : leur existence démontrée par Neuhauss, facile à mettre en évidence par le procédé de Loeffler ou celui de Nicolle et Morax, a permis à ces derniers auteurs de classer les vibrions en uniciliés et pluriciliés. En vieillissant dans les cultures, le bacille présente de nombreuses formes de dégénérescence que l'on peut faire apparaître rapidement par culture en chambre humide sur la platine chauffante du microscope. (Dondeswail.)

Metchnikoff (3e mémoire) a longuement insisté sur ces variations morphologiques suivant certaines conditions de culture ; Gamaleia a montré l'influence des sels de lithium, etc.

2° *Culture.* — Le vibrion se développe bien sur tous les milieux ordinaires, neutres ou alcalins, au contact de l'air entre 14° et 42°, surtout à 37°, il est cependant capable d'après Hueppe de croître à l'abri de l'air et d'y sécréter ses toxines. Sur *gélatine*, en plaque, après 24 heures, apparition de petites colonies discoïdales blanchâtres, à bords irréguliers, granuleux et comme saupoudrés de petits fragments de verre ; puis les bords deviennent de plus en plus dentelés et dès le troisième jour la liquéfaction de la gélatine est manifeste ; dès le 4e ou le 5e jour les portions de gélatine liquéfiée confluent et il s'exhale une odeur caractéristique. Sur gélatine en tube après ensemencement par piqûre la culture prend d'abord la forme d'un clou, puis la liquéfaction commence : dès le 4e jour elle intéresse tout le diamètre du tube et au bout de 10 à 12 jours toute la gélatine est liquide.

Les milieux gélatinés, soit celui de Karlinski, soit celui aux albuminates alcalins, peuvent permettre l'apparition de colonies au bout de 12 heures.

Sur *gélose* rien de particulier, sauf la fréquence des formes involutives.

Sur *pomme de terre* alcalinisée avec du carbonate de soude, le vibrion se développe sous forme de stries jaunâtres ; sur *sérum de sang* coagulé, le vibrion pousse également avec liquéfaction ; sur *bouillon* alcalin, la culture est très rapide ; en quelques heures il se forme à la surface, au contact de l'air, un voile membraneux, tandis que le fond ne se trouble pas. Schottelius a utilisé cette particularité pour isoler le vibrion, des eaux, des selles, etc. Ajoutons que la culture en bouillon peptoné présente la réaction du choléra-roth sur laquelle nous reviendrons. Le vibrion pousse également sur lait bouilli, et le coagule au bout de 7 à 8 jours en perdant sa vitalité : il périt en quelques heures dans le lait cru.

3° *Propriétés biologiques.* — Le vibrion est surtout aérobie : néanmoins Hueppe a réussi à le cultiver dans des œufs qu'il liquéfie ; pour Sternberg, il est détruit par un chauffage de 10 minutes à 52°, de 60 au moins pour Kitasato, il est amoindri très légèrement dans sa vitalité par la congélation ; dans les *matières fécales*, le vibrion disparaît en 1 à 3 jours, par suite de la concurrence des autres microbes ; dans l'air sec le vibrion ne vit que quelques heures, il se conserve plus longtemps s'il y a de l'humidité ; dans l'eau douce, d'après Koch, il peut se conserver 30 jours ; il périt rapidement dans le sol, surtout si la dessiccation est grande ; il est extrêmement sensible à l'action des antiseptiques : le suc gastrique exerce sur lui une action bactéricide particulière, à cause de son acidité : c'est pourquoi dans leurs expériences sur l'homme Koch et Metchnikoff, faisaient précéder l'absorption de culture de vibrions de l'ingestion de bicarbonate de soude.

Choléra-roth. — Au contact de l'air, dans les milieux riches en matières albuminoïdes et en peptones, le vibrion produit de l'*indol* ; comme il produit en même temps des nitrites aux dépens des nitrates du bouillon, il suffit d'ajouter à une culture 1 à 2 % d'acide sulfurique pur ou d'acide chlorhydrique pur, pour obtenir une coloration rouge ; comme l'a montré Bujwid cette coloration rouge est due à la combinaison de l'acide nitreux avec l'indol : comme il existe d'autres microbes capables de fournir de l'indol et seulement de l'indol, il faudra s'assurer que l'acide ajouté ne contient pas de produits nitreux.

4° *Inoculations.* — Sur l'animal, l'injection intra-péritonéale d'une culture pure virulente détermine chez le cobaye une péritonite caractérisée par de la somnolence de l'hypothermie, des convulsions : à l'autopsie on retrouve des vibrions dans le liquide péritonéal et le sang.

Il n'a pas été possible de réaliser chez le cobaye le *choléra intestinal*, Issaeff et Kolle l'ont réalisé par injection intra-veineuse chez le lapin. Nicati et Riestch injectent directement leur culture dans le duodénum, évitant ainsi l'action du suc gastrique, et réussissent à produire un choléra intestinal. Koch neutralise le suc gastrique par du bicarbonate de soude et injecte sous la peau 1 cc. de teinture d'opium. Zabolotny s'adresse au spermophile animal

(1) Metchnikoff. — (2e et 4e mémoires sur le vibrion) *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1893-91.

particulièrement sensible au choléra ; Metchnikoff à des jeunes lapins nourris uniquement du lait maternel, dont la flore microbienne intestinale est presque nulle, la flore microbienne ordinaire de l'intestin s'opposant souvent, pour cet auteur, au développement du vibrion.

2° *Sur l'homme.* — L'ingestion de cultures de vibrions, pratiquée à plusieurs reprises par divers expérimentateurs, a donné des résultats assez inconstants.

Maintenant que nous connaissons le vibrion, agent microbien, doué de caractères spéciaux, il nous faut rechercher, comment il réussit à infester l'économie, et comment lutte l'organisme.

Il est plus que probable que, dans le choléra, comme cela est bien acquis maintenant dans la fièvre typhoïde, plus souvent qu'on ne le croit, doit exister une véritable septicémie ; néanmoins, il semble d'une manière générale qu'il s'agisse plutôt d'une toxi-infection. Aussi devons-nous étudier maintenant la toxine cholérique. Cette étude nous entraînera à parler de l'antitoxine cholérique, du pouvoir agglutinant, bactéricide, du sérum des cholériques et de l'application de toutes ces propriétés au *diagnostic bactériologique* du choléra.

1° *Toxine et antitoxine cholériques.* — Ce fut Ramson qui, inspiré par Behring, signala le premier, en 1895, l'existence d'un poison soluble soupçonné par Koch, Nicati et Riestch, dans les cultures en milieu liquide du vibrion cholérique. Il annonçait en outre qu'en accoutumant peu à peu les animaux à l'action de ce poison, il obtenait un sérum antitoxique. Contre ces conclusions s'éleva Pfeiffer qui, dès 1892, avait nié l'existence d'une toxine cholérique soluble : pour cet auteur, il s'agit d'un poison endocellulaire dont la production est liée à la destruction des vibrions. Roux, Metchnikoff et Salimbeni, en 1896, exposent une méthode leur permettant de préparer une toxine cholérique et un sérum antitoxique : ces auteurs démontraient que l'âge des cultures n'était nullement le facteur influençant la production de toxine et qu'il était possible par une série d'immunisations d'obtenir un sérum antitoxique spécifique, bien supérieur aux propriétés antitoxiques de certains sérums normaux, comme le pensaient Pfeiffer et Kraus. Brau et Denier ont repris en 1906 les expériences de Roux et Salimbeni en adoptant leur technique (vibrion n'ayant jamais fait de passage sur les animaux ; cultures en couche mince sur sérum de cheval additionné de 10 % de sang de cheval défibriné) et ont confirmé leurs résultats. Plus récemment, 1908, Salimbeni indique la technique suivante : gélatine peptone neutre additionnée de 12 cc. de soude normale par litre, à cette solution on ajoute 25 % de sérum de cheval ; on répartit ensuite dans des boîtes de Roux. Au bout de 17 jours d'étuve on obtient une toxine tuant un cobaye de 200 gr. à la dose de 2/3 de cc. Cette toxine résiste à l'ébullition, n'est détruite qu'au-delà de 120°, est précipitée par l'alcool fort, dialyse à travers un sac de collodion, tue l'animal en quelques heures.

Endotoxine. — Les corps des vibrions cholériques sont toxiques (Pfeiffer). Strong a préparé, par macération de vibrions dans l'eau physiologique, une endotoxine assez active.

Salimbeni, par injections sous-cutanées d'abord, puis intraveineuses de sa toxine, est arrivé à immuniser des chevaux, dont le sérum est alors doué d'une forte puissance antitoxique, c'est par cette méthode qu'il est arrivé à envisager la préparation d'un sérum anticholérique.

Quelle est la nature exacte de cette toxine ? Pour Brau et Denier sa production paraît liée à la macération des vibrions ; pour Kraus (1907), du moment que la toxine soluble donne une antitoxine elle doit être considérée, comme une vraie toxine. Pour Salimbeni, la nature de la toxine change suivant l'âge des cultures : celle des cultures jeunes répond aux caractères des vraies toxines, celle des cultures âgées aux endotoxines.

2° *Agglutination du vibrion cholérique.* — Cette agglutination a été étudiée par Bossaërt : cet auteur montra d'abord qu'un sérum de chèvre qui agglutinait normalement au 1/50, voyait, à la suite d'injections successives de bacilles, ce pouvoir atteindre 1/300 pour tous les échantillons de choléra et 1/500 pour l'échantillon injecté ; il vérifia que le passage de ce pouvoir agglutinatif de la mère au fœtus s'effectuait en de minimes proportions, cependant qu'au contraire, le lait possède un pouvoir agglutinant très fort, sans que l'ingestion de ce lait ne transmette ce pouvoir. Enfin, comme pour le bacille typhique, certaines substances chimiques peuvent électivement agglutiner le vibrion (sublimé à 10 ‰, formaline au 1/4).

Le sérum des animaux immunisés agglutine dans des proportions considérables ; le sérum des animaux préparés par Salimbeni agglutine au 1/50.000. Cette propriété a été retrouvée par Achard et Bensaude dans le sérum des cholériques (séro-diagnostic du choléra). Pfeiffer et Vagedes montrent en outre que l'action agglutinante peut servir à doser la virulence d'une culture à laquelle elle est en quelque sorte inversement proportionnelle. Cette propriété peut encore permettre la vérification d'une culture de vibrions par un choléra sérum.

3° *Pouvoir bactéricide, réaction d'immunité de Pfeifer.* — Le sérum d'animaux immunisés jouit de la propriété d'immobiliser et de transformer en granulations des vibrions actifs ; il en est de même si l'on injecte une culture dans le péritoine d'un animal immunisé ou si, chez un animal neuf, on injecte simultanément une culture cholérique et du sérum d'animal immunisé.

Il est de toute évidence enfin que les immun-sérums contiennent des sensibilisatrices spécifiques que l'on pourrait facilement mettre en évidence, en leur appliquant la méthode de Bordet et Gengou, déviation du complément ; de même enfin dans ces sérums, il serait possible de mettre en évidence des opsonines plus ou moins spécifiques, des agressines, des antiphagines, des précipitines, etc..

Telles sont les principales caractéristiques du vibrion et de ses cultures. Mais il s'en faut que ces caractères distinctifs n'appartiennent qu'au vibrion cholérique : tour à tour Finkler et Prior, Deneke, Gamaleia, signalent des vibrions fort analogues aux vibrions de Koch ; puis Metchnikoff et Sanarelli isolent et cultivent toute une série de vibrions capables de réaliser expérimentalement le choléra, tout en différant du type isolé par Koch.

Aussi croyons-nous devoir réserver un chapitre spécial au diagnostic bactériologique.

Diagnostic bactériologique : les vibrions seront recherchés surtout dans l'eau et les selles ;

Ils existent dans les selles en moyenne jusqu'au 10e jour, ils peuvent disparaître plus tôt, mais persister aussi beaucoup plus longtemps. On prélèvera de préférence un grain riziforme, que l'on ensemencera soit dans une solution peptonée à 1 % et salée à 0,5 %, soit sur le milieu de Metchnikoff (peptone gélatinée et salée.)

Dès qu'apparaît à la surface un léger voile, on en prélève

une trace avec un fil de platine, on regarde s'il y a des vibrions, et s'il y en a on purifie par un 2e passage. (Même technique pour le sang, ensemencer 5cc3 au moins.)

Pour rechercher les vibrions dans l'eau, on part d'un bouillon gélatiné assez concentré ; on ajoute assez d'eau pour le ramener à la concentration du bouillon gélatiné peptoné et salé de Metchnikoff en alcalinisant avec un peu de soude.

On pourra appliquer également le procédé du gélo-diagnostic, tel que l'a exposé M. Chantemesse, spécialement en ce qui concerne la fièvre typhoïde (Académie de Médecine, juin 1901 et mai 1902).

La culture de vibrions obtenue, il faudra *identifier* ce vibrion.

1° Diagnostic positif : il se fera par l'examen des cultures sur gélatine en plaques et en piqûres, sur l'aspect microscopique des bacilles, forme, mobilité, cils ; sur la réaction de l'indol et la coloration rouge par le réactif de Isloway (dans les liquides peptonés), sur le caractère des cultures dans le lait ; par l'inoculation intra- péritonéale aux animaux (cobayes, pigeon), par la réaction d'immunité de Pfeiffer, par l'agglutination à l'aide de choléra sérum ou de substances chimiques telles que sublimé, formaldéhyde, etc..

Ce diagnostic se complètera par les recherches sur le sérum du sujet (séro-diagnostic, réaction de fixation de Bordet et Gengou ; réaction de précipitations).

2° Diagnostic différentiel : à côté du vibrion typique isolé par Koch, et qui nous a servi dans notre description, nous croyons devoir indiquer brièvement les formes les plus connues des vibrions isolés par d'autres auteurs (pathogènes pour l'homme ou les animaux).

I. Vibrions isolés des selles : 1° vibrion de Massaouah. (Pasquale 1891, mobile, grêle, choléra-roth lent, voile membraneux tardif) ;

2° Vibrion de Hambourg et de Courbevoie (Netter, 1892).

3° Vibrion d'Angers (Metchnikoff), perte rapide de virulence ; 4° vibrion romain Celli et Santorini, pas de voile, liquéfaction lente de la gélatine.

II. Vibrions isolés de l'eau : 1° vibrion de Ghinda, réaction de l'indol faible ; 2° vibrions de Seine : 32 espèces étudiées par Sanarelli, dont 4 très pathogènes.

III. Vibrions bien définis.

1° Vibrion de Finkler et Prior rencontré dans un cas de choléra nostras (?) liquéfaction très rapide de la gélatine, réaction de l'indol faible.

2° Vibrion de Deneke (isolé du fromage), donne peu la réaction de l'indol nitreux ; pathogène pour le cobaye et peu pour l'homme.

3° Vibrion de Metchnikovi ou de Gamaleïa, très analogue au vibrion de Koch, très pathogène pour le pigeon ; pas pour l'homme.

Symptômes cliniques du choléra.

Les étapes du choléra se succèdent souvent si confusément qu'il est impossible de saisir un ordre quelconque.

L'analyse d'un grand nombre d'observations permet cependant de décrire au tableau clinique 4 phases.

1° Une période prodromique.
2° Une période d'invasion.
3° Une période d'état ou période algide.
4° Une phase terminale de de réaction.

A ces étapes il faut ajouter l'incubation.

La durée de l'incubation est difficile à fixer.

Lorsque le choléra frappe des individus arrivant d'une contrée saine dans une ville infectée, on a calculé que la durée moyenne de l'incubation est de 6 jours.

Il existe des exemples d'une incubation plus courte, de 12 à 20 heures.

Les cas d'incubation de 8 à 15 jours sont peut être sujets à contestation à moins d'invoquer un microbisme latent qui se révèle plus tardivement.

L'attaque cholérique est le plus souvent précédée par un ensemble de prodromes.

Le malade est presque toujours réveillé par une sensation pénible qui rappelle le malaise d'une indigestion. Il ressent des tiraillements épigastriques. Il est pris d'un besoin pressant d'aller à la garde-robe. Les évacuations sont très copieuses, mais sans caractère distinctif, ce sont des selles noirâtres ou jaunâtres, s'accompagnant de borborygmes très bruyants. Elles sont rendues sans ténesme, sans fatigue.

Le ventre est souple, nullement ballonné, indolore.

Les malades conservent l'appétit et les forces ; souvent ils continuent à vaquer à leurs occupations.

Tel est le début habituel d'une attaque cholérique. C'est la phase désignée communément sous le nom de cholérine.

Ces cas sont graves parce qu'ils échappent à l'action de l'hygiéniste et favorisent l'extension du fléau.

On peut rapprocher de ce début classique deux types bien différents.

L'annonce du choléra peut être insidieuse. Marcus, qui a bien étudié l'épidémie de Moscou, rapporte des cas multiples dont le premier stade de l'affection était tout simplement une diarrhée très modérée, et une sensation de lassitude générale.

Par contre, nombreux sont aussi les exemples où les signes qui accompagnent la diarrhée prodromique sont d'emblée alarmants. Le visage est pâle, des sueurs froides et abondantes ruissellent sur le front du malade, qui est secoué par des frissons répétés. Ce malaise s'accompagne d'endolorissement des membres inférieurs et de vertiges.

Sans diarrhée il n'est pas de choléra, est-il classique de dire. Pourtant il est bon de ne pas méconnaître les cas, rares d'ailleurs, de choléra sec.

La diarrhée prodromique manque suivant les épidémies dans une proportion très variable.

J. Guérin l'a vue faire défaut dans 1/8 des cas en 1832.

Potain, en 1866, note son absence 18 fois sur 25 cas.

A ce début plus ou moins orageux succède le calme. Tout peut se borner à la crise légère de cholérine. Ou bien les phénomènes reprennent de plus belle. Le choléra est confirmé.

Deux symptômes dominent la *période d'état* : la diarrhée, les vomissements.

La diarrhée du début s'est modifiée pour faire place aux selles cholériques.

Les évacuations se multiplient. Elles se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés — toutes les dix minutes — toutes les heures.

Elles sont profuses et finissent par représenter un volume de liquide de 5 à 6 litres environ par jour.

Elles s'écoulent à flot, sans effort, ni ténesme.

Leur aspect est typique : incolores, ou légèrement grisâtres on y voit surnager des grumeaux blanchâtres, ressemblant à des grains de riz cuit ; ils sont composés de cellules épithéliales agglomérées.

Il est rare qu'elles soient teintées de sang, comme dans les cas de Griessinger.

Ces selles n'ont pas d'odeur fécaloïde.

Leur réaction est alcaline.

L'addition d'acide sulfurique donne une coloration rou-

ge. Cette épreuve du choléra-roth, très facile à faire, est à la portée du clinicien.

Au flux intestinal se joignent bientôt des vomissements opiniâtres, accompagnés de hoquet persistant et de crampes stomacales horriblement douloureuses.

Les matières vomies sont d'abord composées des liquides ingérés par le malade, des mucosités sécrétées par l'estomac et de bile. Au vomissement muqueux succède le vomissement séreux : il est moins visqueux, constitué par une forte proportion d'eau, quelques sels, de l'urée et une légère quantité d'albumine.Bientôt enfin le liquide rejeté par ondée présente cette apparence d'eau-de-riz, d'eau panée qui rappelle le flux intestinal.

Les boissons chaudes exagèrent ces vomissements.

La glace et les boissons gazeuses sont mieux tolérées et calment même dans une certaine mesure l'état nauséeux.

A ces deux phénomènes constants et primordiaux s'ajoutent les crampes, symptôme important, mais dont la fréquence varie suivant les sujets et l'intensité de la crise ; absentes chez les sujets déprimés, on les retrouve au premier plan chez les sujets vigoureux, à telle enseigne qu'on a pu décrire une forme nerveuse spasmodique dont l'aspect clinique est bien caractéristique. Nous étudierons ces crampes aux formes cliniques.

Si l'on découvre le malade pour l'examiner, on trouve un ventre plat, parfois profondément excavé. La paroi abdominale est molle, flasque. Quand on la pince entre les doigts, elle conserve les plis qu'on y fait. On peut en la déprimant percevoir un gargouillement à grosses bulles.

A l'excavation de l'abdomen succède parfois la tympanite, mais ce ballonnement est un phénomène plus rare.

L'abondance,la fréquence des selles,jointes souvent aux crampes répétées et atrocement douloureuses ne tardent pas à créer un état général grave.

La faiblesse est extrême. En voyant le malade on est tout de suite frappé de l'excavation profonde des yeux, dont les paupières inférieures sont cernées d'un cercle bleuâtre. Le nez se pince. La face est plombée. Les téguments se couvrent d'une sueur froide et visqueuse ; les extrémités se refroidissent.

Le malade est tourmenté d'une soif vive.

Le pouls est rapide, filiforme.

Les urines diminuent, la présence d'albumine y est constante.

La résolution des forces peut aller jusqu'à la lipothymie voire même la syncope.

Le malade tombe bientôt dans un état algide plus ou moins prononcé.

Cet état dure 24 heures, parfois 2 ou 3 jours, et bientôt apparaît le syndrome algide.

Les symptômes cardinaux de la période d'état passent au second plan. La diarrhée, les vomissements, sont suspendus. Pourtant les crampes peuvent encore persister, et le malade est en proie à des contractions atrocement douloureuses.

Le véritable symptôme de cette période, c'est l'algidité. Le malade se refroidit sensiblement. Les extrémités, le nez, le menton, la langue même sont comme glacés. La peau peut être pâle, livide : c'est le choléra blême décrit par Giraud. Mais en général, l'algidité détermine une stase veineuse de parties périphériques : les téguments sont bleuâtres, cette coloration se fonce, s'étend et ressemble à de véritables ecchymoses. Ces larges plaques marbrées siègent surtout autour des yeux, des lèvres, aux extrémités ; elles donnent aux ongles une teinte noirâtre.

En outre la peau est fanée, ridée, les doigts restent comme macérés, la face a une expression cadavérique, et cette cadavérisation témoigne de la perturbation survenue dans la circulation des capillaires cutanées.

L'imprégnation de l'organisme par le poison cholérique apporte des modifications dans le système circulatoire et dans la sécrétion des émonctoires et plus particulièrement du rein.

Ces perturbations se manifesteront cliniquement par l'état de la température du pouls et de la sécrétion urinaire. Cettre triade, jointe à l'aspect caractéristique de ces cholériques complètera la tétrade du syndrome algide.

Le pouls des cholériques est *rapide*, *petit*, *débile*. Il a perdu de sa force et de son amplitude, il devient imperceptible au doigt. Néanmoins il donne au sphygmomanographe une ligne peu accidentée, à peu près en plateau. Cette faiblesse du pouls contraste singulièrement avec la force *apparente du cœur*. Malgré l'énergie des battements, la tension artérielle est très basse :

La température de la peau tombe de plusieurs degrés au-dessous de la normale, le thermomètre accuse 34°, 34°5, 35°, alors que la température rectale marque une hyperthermie variant de 38 à 39°. L'abaissement progressif des températures extérieure et profonde indique un pronostic fatal.

Les urines sont supprimées, c'est là un fait essentiel de la période algide. Le plus souvent il ne s'agit pas d'anurie absolue puisqu'on peut provoquer une légère excrétion et recueillir encore quelques gouttes d'urine. Cette anurie presque complète dure en général deux à trois jours.

La plupart des sécrétions : larmes, matières sébacées cessent pendant l'attaque. La sécrétion lactée est au moins diminuée quand elle n'est pas suspendue.

L'état général subit une altération profonde, le malade est apathique, plongé dans le collapsus. « Il semble, dit Laveran, subir passivement la destruction progressive de son être ». Quand on l'interroge il tourne lentement ses regards vers celui qui lui parle, répond avec justesse et se laisse aller à reprendre automatiquement n'importe quelle position.

L'excitabillté musculaire est diminuée, les muscles sont flasques. Les matières s'écoulent par incontinence ou ne sont plus évacuées. Les sens s'obscurcissent, la vue s'éteint, la sensibilité extérieure s'émousse. Les mouvements respiratoires se ralentissent, deviennent irréguliers.

La cyanose répand sa teinte violacée sur toute la surface de la peau. La face devient le siège d'une turgescence veineuse. Les yeux se convulsent en haut, la cornée s'affaisse et la mort arrive après une durée qui peut varier de quelques heures à deux ou trois minutes. L'algidité complète a une terminaison fatale 75 fois sur 100. C'est lorsqu'elle n'atteint pas le degré ultime que des signes d'amélioration inaugurent une période nouvelle : *la période de réaction.*

La réaction peut être *progressive*, *lente*, *brusque*.

1° L'amélioration est graduelle : diarrhée,vomissements et crampes, les trois termes du syndrome pathognomonique de la période d'invasion s'atténuent puis disparaissent.

A la coloration asphyxique algide succède une teinte rosée de la peau. Les cholériques se réchauffent peu à peu. L'état général devient meilleur. Le pouls prend plus de largeur et de force, la respiration devient régulière, l'urine reparaît, la première miction est faible, fortement albumineuse, pauvre en urée et en chlorures. La seconde est plus copieuse, enfin la polyurie ne tarde

pas à se montrer, elle se produit généralement vers le 4e jour de la réaction.

On peut fixer sa durée moyenne à 15 jours. Elle correspond à un mouvement très actif de rénovation organique. L'analyse régulière des urines révèle en outre une glycosurie constante, mais passagère et presque toujours légère. La température extérieure s'élève en général audessus de la moyenne pendant plusieurs jours, elle se maintient aux environs de 38, 38,5 tandis que la température profonde retombe à la normale. L'appétit renaît, en moins de quinze jours la convalescence est complète.

2° La réaction est lente. La convalescence traîne.

Le malade a parfois du hoquet, des vomissements, mais la diarrhée a cessé. Les crampes ont disparu.

La chaleur se répand lentement jusqu'aux extrémités.

Les urines sont peu abondantes. La respiration est régulière. La température s'élève peu à peu. L'intelligence est intacte avec tendance à la somnolence.

Réaction brusque. — Les troubles gastro-intestinaux se sont apaisés.

La chaleur, d'abord faible, augmente progressivement d'intensité et devient âcre et mordicante, elle est extrêmement pénible. La face est rouge, animée, les yeux brillants.

Et bientôt éclatent les accidents nerveux qui caractérisent cette réaction fébrile.

La céphalalgie est tenace, elle s'accroît avec la fièvre. Le malade délire, il prononce des mots sans suite, des phrases plus ou moins confuses ayant trait à ses travaux. Il divague dans ses réponses.

Les muscles des lèvres, de la langue, sont agités par de petits frémissements qui exagèrent encore l'hésitation de la parole en la rendant tremblante.

Le pouls, loin d'être accéléré et vibrant comme dans la fièvre typhoïde, donne au tracé des lignes d'ascension brusque et d'abaissement prolongé. La respiration est irrégulière comme dans les affections méningées.

Les urines se suppriment. Les malades s'éteignent lentement dans le coma, après 8 ou 10 jours.

Si le malade guérit, il peut persister des séquelles, parfois graves. Ces accidents ont été bien étudiés par Laveran.

A la suite d'un choléra grave, la réparation de la muqueuse digestive ne se produit pas et le sujet tombe dans un état de marasme analogue en tous points au marasme post-typhoïdique et comme lui presque toujours mortel.

La myocardite, le mal de Bright, sont des accidents rares.

Les troubles les plus fréquents sont ceux du système nerveux. La tétanie de la convalescence a été bien étudiée par Trousseau, Briquet et Auguet.

Cet accident se note surtout chez la jeune accouchée. Les contractions peuvent rester localisées aux extrémités ou plus rarement se généraliser.

On a noté enfin des paralysies, voire même des troubles intellectuels pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale.

Sachons enfin que la rechute est possible et que le régime alimentaire doit être l'objet d'une surveillance spéciale au cours de la convalescence.

Quand la mort ne survient pas rapidement par intoxication profonde de l'organisme, on voit parfois s'installer des *complications* plus ou moins graves, dont certaines peuvent hâter le dénouement.

Complication.

La bronchopneumonie est un accident assez fréquent. Elle se révèle surtout par des signes objectifs : à l'auscultation on décèle des foyers multiples de râles souscrépitants, l'évolution est extrêmement rapide. Mouchet a signalé des cas de gangrène pulmonaire consécutifs à ces accidents pulmonaires dont le début est tout à fait insidieux. La mort est la terminaison habituelle.

Dans certaines épidémies on a pu relever des cas de gangrène des extrémités par oblitération thrombosique. La mort en est la suite fatale.

Les éruptions sont assez fréquentes chez le cholérique surtout à la période de réaction. Elles seraient plus souvent observées chez les sujets jeunes. Ces éruptions essentiellement polymorphes siègent surtout au membre supérieur, parfois au visage.

Pour Griessinger, ces exanthèmes seraient l'indice d'une terminaison heureuse.

On a signalé comme manifestation accidentelle de certaines épidémies la *suette cholérique*.

Ces accidents, dit Laveran, débutent brusquement par un sentiment de resserrement, de pression épigastrique. Le malade ressent une barre à l'estomac s'accompagnant de borborygmes plus ou moins bruyants. Le plus souvent ces symptômes éclatent pendant la nuit, le malade est obligé de se lever sur son séant saisi d'une anxiété extrême. Dans quelques cas trois ou quatre selles se succèdent rapidement.

La faiblesse est telle que le malade s'affaisse s'il est debout. Une chaleur vive accompagnée de picotements à la peau se manifeste et une sueur très abondante ne tarde pas à survenir. On voit alors le malade mouiller jusqu'à 10, 12 chemises ; les draps, les matelas sont traversés. L'odeur de cette sueur est très forte, nauséeuse. La terminaison n'est jamais funeste.

Citons enfin un accident fréquent à la convalescence : L'otite suppurée avec tout son cortège habituel.

Le *pronostic et la durée* du choléra varient suivant les formes.

Dans les cas légers, la mortalité est relativement restreinte.

Dans les cas de choléra type, caractérisé, les statistiques donnent des chiffres extrêmement divers suivant les épidémies. On peut dire cependant que la maladie semble s'atténuer d'épidémie en épidémie et que la mortalité globale n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était autrefois.

Formes cliniques.

Les *formes cliniques* varient :

1° Suivant les conditions physiologiques ou pathologiques du sujet ;

2° Suivant la prédominance des symptômes ;

3° Suivant la marche de la maladie ;

1° Choléra suivant les états :

a) *Physiologique.*

Chez l'*enfant*, la triade caractéristique du choléra classique est réduite à un seul signe : la diarrhée profuse ; vomissements et crampes passent au second plan ou font totalement défaut. Le syndrome algide s'installe rapidement. La période de réaction est surtout dominée par des troubles nerveux.

Chez le *vieillard*, l'adynamie prédomine, la marche de l'affection est souvent foudroyante. En cas de guérison, la convalescence est interminable et l'on voit survenir chez eux des suppurations et s'installer une diarrhée presque chronique.

Chez la *femme enceinte*, le choléra détermine l'avorte-

ment dans la moitié des cas et l'état de la mère est d'autant plus grave que sa grossesse est plus avancée.

C'est dans la période de réaction et non algide qu'a lieu l'avortement ou l'accouchement.

Chez les femmes qui succombent sans avorter il est démontré que la mort du fœtus a toujours précédé celle de la mère d'où l'inutilité d'une opération césarienne *post mortem*.

Pendant les suites de couches, le choléra détermine presque toujours la mort, comme le prouvent diverses statistiques et plus particulièrement celle de Queirel.

Chez les *nourrices*, le choléra est moins grave que chez les femmes enceintes, le plus souvent les seins tarissent pendant l'attaque, mais une nouvelle montée de lait se fait à la période de réaction.

Influence du choléra sur la marche des maladies préexistantes et inversement. — On peut dire d'une façon générale que le choléra substitue son action plus puissante à celle des maladies qu'il complique. Et lorsque l'issue a été heureuse, on voit assez souvent l'affection préexistante reprendre son cours pendant la convalescence.

C'est ce qui arrive au cours des affections rhumatismales, pulmonaires, intestinales.

D'une façon générale, on peut dire, en un mot, que le choléra aggrave toutes les maladies aiguës et chroniques sur lesquelles il se greffe.

Inversement, la débilitation de l'organisme exerce sur la marche du choléra une influence non moins déplorable.

La prédominance du syndrome digestif ou du syndrome algide a permis de distinguer deux grands types cliniques :

1° Le choléra entérique, dominé surtout par une diarrhée épuisante, parfois hémorrhagique, par des vomissements abondants et répétés.

L'amaigrissement est très prononcé, la température reste entre 36 et 37.5. Le cholérique prend assez vite l'expression cadavérique bien caractéristique. Les crampes sont inconstantes, la mort surprend le malade du 4e au 7e jour.

2° Le choléra dit asphyxique, dans lequel le syndrome algide domine tout ; la face est recouverte de véritables plaques ecchymotiques, la cyanose l'envahit bientôt. Le malade présente une teinte asphyxique, ses extrémités sont refroidies, son pouls est débile, l'hypothermie périphérique contraste avec l'hyperthermie centrale, le malade meurt dans l'adynamie profonde.

A côté de ces deux types fréquents, il existe des formes plus rares où la prédominance d'un groupe de symptômes donne à l'affection une physionomie spéciale.

Formes nerveuses.

M. Fernet a attiré l'attention sur l'importance des phénomènes cérébraux dans certaines formes du choléra. Les accidents encéphaliques peuvent se traduire par un délire bruyant, parfois au contraire par une somnolence aboutissant progressivement au coma.

Dans le premier cas, on est en présence de malades agités, aux mouvements désordonnés, jetant des cris perçants. Les crampes sont fréquentes, se succèdent rapidement, s'étendent aux bras, aux mains, aux pieds, s'accompagnent de douleurs violentes.

Morisson cite l'histoire d'un malheureux malade qui, pour calmer ses douleurs, sautait brusquement de son lit et tantôt fléchi en avant, tantôt fortement ramassé en arrière, les doigts courbés ainsi que les orteils, parcourait rapidement la salle, puis s'arrêtait tout à coup et tombait sur le sol.

En dehors de ces crampes, il faut distinguer les accidents éclamptiques véritables caractérisés par des contractions cloniques se succédant rapidement et envahissant successivement les muscles de la face, des yeux, des membres et du tronc. Hamernyk les considère comme des signes d'urémie. Peu à peu la sensibilité s'émousse ; la vue est troublée par des hallucinations qui font voir les objets en rouge ou en bleu. Il y a des bourdonnements d'oreilles ; plus tard la vue s'éteint ainsi que l'ouïe et les malades meurent dans le coma.

La forme comateuse est, certes, la plus fréquente.

La face est vultueuse, les conjonctives fortement injectées ; progressivement le malade tombe dans un anéantissement complet avec torpeur intellectuelle. Oddo a bien décrit l'aspect typique que présentent ces malades : ils sont couchés dans le décubitus dorsal, les membres complètement relâchés, la tête renversée en arrière, la face empourprée, la poitrine soulevée par une respiration longue et stertoreuse, les paupières entr'ouvertes laissant voir la partie inférieure des conjonctives congestionnée au plus haut point. Pendant que se déroulent ces phénomènes, la température reste ou normale ou voisine de la normale (36 à 38°).

M. Besnier décrit enfin une *forme cardiaque asystolique*. Les battements du cœur, bien que réguliers dans leur rythme, sont sourds, éloignés et également affaiblis. Cet affaiblissement porte d'abord sur le premier temps, tandis que le deuxième temps persiste ; plus tard, on n'entend plus qu'un bruit confus, profond, qu'il est difficile de rattacher à l'un ou à l'autre bruit du cœur.

Les forces du malade sont cependant bien conservées : plusieurs malades s'étaient en effet rendus à pied à l'hôpital.

Dans les cas graves, la terminaison était aussi rapide que fatale ; des malades ont succombé en vingt-quatre heures. Dans cette forme de choléra, l'adynamie cardiaque se montre dès le début, et progresse en s'aggravant, sans évacuations, sans crampes.

Les malades semblent mourir par le cœur, par un affaiblissement de ses contractions.

L'intensité peut varier et l'on a décrit à cet égard des types légers, graves, foudroyants.

Dans le premier cas, les troubles gastro-intestinaux sont modérés ; à la période algide, la cyanose n'est qu'ébauchée, la dissociation des températures périphérique et centrale fait défaut, le pouls est bien frappé. A aucun moment il n'y a d'anurie.

Le type grave se caractérise par l'exagération du cas clinique que nous avons décrit et par une évolution plus rapide, la mort survenant en 3 ou 4 jours.

Laveran rapporte des observations curieuses de *cas foudroyants*. A Jessore, en 1817, où des milliers de personnes périrent en quelques jours, on voyait des hommes pleins de santé quelques heures auparavant, tomber étourdis dans la rue et rendre le dernier soupir quelques instants après.

A Allahabad, les sentinelles tombèrent comme foudroyées. Il fallait employer trois ou quatre hommes pour une faction de deux heures. Beaucoup de malades mouraient avant d'avoir atteint les infirmeries et les hommes qui les transportaient étaient pris pendant le trajet.

DIAGNOSTIC.

Le mot choléra représente à l'esprit un tableau si caractérisé qu'il ne peut être l'objet de méprise. En temps d'épidémie toutes fois, on aura trop tendance à cataloguer, éti-

queter de ce nom les divers états pathologiques qui s'accompagnent de symptômes cholériformes.

Hors des époques d'épidémie, un interrogatoire minutieux des antécédents du malade permettra d'écarter l'hypothèse d'empoisonnements divers, par les champignons par exemple, mais ne sait-on pas l'importance des troubles oculaires (myosis, amblyopie, strabisme) consécutifs à cette intoxication ? de même l'empoisonnement par l'arsenic qui s'accompagne d'une sensation de brûlure dans la bouche, le pharynx et l'œsophage, par le tartre stibié ; pour ne citer que les plus fréquents.

Il ne faudra pas négliger également d'examiner les orifices herniaires. Le bon clinicien connaît bien ces formes d'étranglement herniaire dont les signes concomitants reproduisent si bien le tableau du choléra.

Enfin deux affections, qui sévissent surtout dans les colonies, rappellent d'assez près le tableau du choléra asiatique.

C'est : 1° l'accès pernicieux cholériforme : mais la constatation de l'hématozoaire, l'absence de grains riziformes, le caractérisent suffisamment.

2° La dysenterie à forme algide, mais l'apparition de selles muco-sanglantes lève tous les doutes.

Tous ces états pathologiques se différencient très bien du choléra ; l'intérêt véritable et la difficulté du diagnostic, c'est de saisir la nature exacte des premiers cas d'une épidémie de choléra asiatique, en un mot de distinguer ces cas, dont la diffusion est dangereuse, du *choléra nostras*.

La distinction clinique est impossible.

Les caractères épidémiologiques et biologiques sont également de valeur nulle. On admettait jusqu'en 1892 que le choléra asiatique était contagieux, épidémique, foudroyant. Le choléra nostras au contraire, en général bénin, peu contagieux, entraînait rarement la mort.

Dieulafoy, Rénon, Netter, ont observé de nombreux décès parmi les cholériques atteints seulement du bactérium coli commune. Le choléra à coli bacille peut donc tuer aussi sûrement et aussi rapidement que le choléra à bacille virgule.

Néanmoins il est nécessaire de saisir la nature exacte des premiers cas d'une épidémie et de demander ces éclaircissements aux méthodes de laboratoire.

Nous avons insisté au début de ce travail sur l'importance du diagnostic bactériologique. Nous prions le lecteur de s'y reporter. Mais il est intéressant de connaître les rapports entre le choléra à coli-bacille et le choléra à bacille virgule. Voici les conclusions du travail de M. Rénon à ce sujet.

« L'action favorisante du bactérium coli sur le bacille virgule peut s'exercer aussi bien en dehors de l'organisme qu'en nous-mêmes, dans notre flore intestinale, puisqu'il est prouvé que nous pouvons donner asile au bacille virgule et au bacille typhique sans que fatalement nous soyons condamnés au choléra ou à la fièvre typhoïde. L'action favorisante du bactérium coli devient encore plus nette et plus immédiate si ce dernier, pour des causes que nous ne pouvons pas encore apprécier, a renforcé sa virulence créant la diarrhée cholériforme ou le choléra nostras. Mais si, d'autre part, nous absorbons avec nos ingesta un bacille virgule dont la virulence est exaltée à l'avance par passages successifs dans l'organisme, comme cela se produit dans des grandes épidémies, point n'est besoin de coli-bacille pour être atteint du choléra : l'invasion est rapide, la marche foudroyante. En résumé, le choléra nostras prépare la voie au choléra indien. Ces données pathogéniques d'ordre bactériologique, s'accordent moins bien avec l'épidémiologie qu'avec la clinique.

Dans les cas que nous avons observés pendant l'épidémie de 1892, l'action du bactérium coli était nette puisque les cas les plus graves ont été ceux où on a rencontré les deux agents pathogènes ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Après l'intestin grêle, l'organe le plus touché est le rein. Il est généralement petit. A la coupe, la substance corticale est pâle, la zone vasculaire très injectée. L'examen histologique montre des lésions généralisées.

La rate est petite, ridée à sa surface.

Le foie, en apparence peu touché, présente des lésions cellulaires décrites par Hanot et Gilbert sous le nom de « tuméfaction transparente » : le protoplasma cellulaire a un aspect vitreux et cesse de fixer les couleurs, tandis que le noyau tuméfié est colorable.

Les organes thoraciques sont peu atteints.

La surface des plèvres, comme d'ailleurs celle du péritoine et des autres séreuses, est recouverte d'un enduit visqueux.

Les poumons, très congestionnés à la base, sont au contraire desséchés et exsangues dans tout le reste de leur étendue.

Le cœur ne présente pas de lésions apparentes. Briquet et Mignot ont noté la friabilité des parois et leur décoloration feuille morte. Ces lésions sont niées par Simmonds.

Les autopsies de cholériques se font dans les meilleures conditions pour l'étude des lésions ; car la putréfaction du cadavre est lente à se produire.

Trois faits importants attirent l'attention : la rigidité cadavérique presque invincible qui se constitue très rapidement, l'élévation de la température qui se produit et qui persiste plusieurs heures après la mort comme dans le tétanos ; ce sont enfin les mouvements spontanés, assez fréquents : ils sont partiels ou plus rarement très étendus. Briquet rapporte une curieuse observation où une incision au bistouri, lors d'une opération césarienne *post-mortem*, détermina une contraction musculaire généralisée.

Les lésions anatomiques les plus intéressantes portent sur le tube digestif, particulièrement sur la dernière portion de l'intestin grêle. Après l'incision il s'écoule un liquide presque incolore, tenant en suspension les grumeaux blanchâtres qui caractérisent les selles riziformes. La paroi intestinale est infiltrée de sérosité. Sa face péritonéale est rosée, sa surface interne présente une *teinte hortensia*, due à une injection vasculaire.

Comme dans la scarlatine, la variole, etc., la muqueuse, dans son segment iléal, présente des saillies dues à la tuméfaction des follicules clos ; cet aspect bien caractéristique a fait désigner cette altération sous le nom de psorentérie.

Les méninges et les centres nerveux cérébro-spinaux sont très injectés.

Le sang des cholériques présente les caractères d'un sang asphyxique, il est noir, poisseux.

La masse sanguine est réduite aux 4/5 de la normale, à la période algide, comme au cours d'une hémorrhagie considérable.

L'analyse détaillée montre une diminution considérable de l'eau, une augmentation des hématies.

Les leucocytes augmentent du double au triple.

Traitement.

Quel est le traitement du cholérique ? Des méthodes ac-

tuellement en usage, les unes visent les troubles digestifs les autres les symptômes algides.

Les vomissements sont justiciables de la glace, d'eau chloroformée, de lavages d'estomac.

Trois médicaments se partagent aujourd'hui la faveur pour combattre les troubles intestinaux, l'acide lactique, le calomel à dose élevée, 5 à 20 centigrammes toutes les 2 heures, l'entéroclyse.

Chez les cholériques algides, trois grands moyens sont préférés.

1° Les bains chauds à 39, 40, 41 pendant 20 minutes, répétés toutes les 2 ou 3 heures. Ils provoquent une élévation de 1 à 2 degrés.

2° La transfusion veineuse, c'est dit Thomoh, le remède héroïque, ce qui ne veut pas dire spécifique, il s'en faut, de l'algidité.

3° C'est enfin l'hypodermoclyse. Cette méthode consiste à injecter sous la peau 300 à 500 gr. et plus de sérum artificiel.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les diverses thérapeutiques employées, et que l'on trouvera parfaitement exposées dans les traités classiques : nous allons exposer maintenant le traitement prophylactique et les essais de vaccination et de sérothérapie.

Mesures prophylactiques. — Nous ne reviendrons pas sur l'utilité de ces mesures, il suffira de les indiquer.

1° *Prophylaxie internationale*. Elle est réglée par la Conférence de Venise, 1892, de Dresde, 1893, le Congrès colonial de 1904 ; elle vise à la protection de l'Europe et du bassin de la Méditerranée contre le choléra venant de l'Inde, soit avec relais à la Mecque, soit directement par le canal de Suez (conseil sanitaire international à Alexandrie), stations d'observation et de désinfection pour les pèlerins arrivant de l'Inde à la Mecque et des navires contaminés ou suspects et information de l'arrivée de voyageurs suspects.

II. *Prophylaxie nationale*. Elle est réglementée par un décret du 4 janvier 1896 et du 15 juin 1899, qui remplaça les quarantaines par une inspection médicale, une désinfection appropriée, la création d'un corps de médecins sanitaires maritimes. Sur terre, l'inefficacité des quarantaines et des cordons sanitaires est démontrée : la lutte actuelle consiste en l'arrêt à la frontière des linges contaminés, en la désinfection des vêtements contenus dans les bagages, en la surveillance plusieurs jours de suite des voyageurs, une fois arrivés à leur destination ; en la réglementation du service de l'émigration. et en l'organisation sur les canaux de postes d'observation et de désinfection aux points frontières.

En résumé, suivant les conclusions de M. Chantemesse, en attendant que l'on ait dans la sérothérapie préventive un moyen de lutte plus puissant, l'effort de la surveillance doit surtout se concentrer sur l'homme : « isoler les malades, surveiller les suspects, protéger les voies navigables, surveiller les émigrants ».

Si le choléra éclate en mer, il faut isoler les cholériques, faire bouillir l'eau potable, ne se servir que de vivres ayant subi la cuisson, désinfecter les linges et les cabinets.

Si le choléra éclate dans une caserne, on évacue les troupes sur une hauteur : on surveille leur alimentation et on désinfecte les locaux.

Enfin si un cas se déclare dans une ville, le médecin doit en faire la déclaration même si le cas lui paraît douteux : le service de désinfection réalisera du mieux possible la destruction de tous les germes ; l'inhumation des morts sera rapide ; l'administration municipale veillera à la pureté de l'eau et agira sagement en publiant des instructions spéciales (ébullition de l'eau, abstention de légumes crus, salade, etc.).

S'il y a une épidémie, la prophylaxie individuelle découle de tout ce que nous avons dit jusqu'ici.

Vaccination et sérothérapie. — Expérimentalement, Wasserman et Brieger, puis Klemperer, Zabolotny, Metchnikoff, ont essayé d'immuniser des cobayes par des inoculations successives de culture de vibrions plus ou moins atténuées par la chaleur : ces auteurs obtenaient une immunité allant jusqu'à 4 et 8 fois la dose mortelle de vibrions vivants, mais ne dépassant jamais cette dose, quel que soit le nombre d'injections vaccinales pratiquées.

En 1902, Besredka se servit de cultures de vibrions émulsionnés et chauffés au bain-marie à 60° pendant une heure, puis précipités par du sérum fortement agglutinant, lavés ensuite à l'eau physiologique.

A l'aide de ce vaccin, le cobaye est immunisé au bout de quelques heures contre une dose mortelle : cette immunisation paraît persister 5 à 6 mois. Conservés en tubes scellés, ces vaccins garderaient longtemps leurs propriétés.

Nous croyons que cette méthode, identique à celle employée par Whrigt dans la plupart des maladies infectieuses, trouverait un contrôle précieux dans la *méthode opsonique*, celle-ci permettant de juger l'effet utile produit, montrant à quelle dose, à quel moment, cette vaccination doit être pratiquée, et renouvellée.

Sur l'homme, ces vaccinations, réalisées par Haffkine, Ferran, ne paraissent pas avoir donné de résultats satisfaisants, pas davantage d'ailleurs que les essais de Sawtchenko et Zabolotny sur l'immunisation par l'ingestion de cultures stérilisées, même dans les cas où il semble y avoir immunisation, pour une injection intra-péritonéale chez le lapin par exemple ; cette immunisation ne s'applique pas au choléra intestinal.

L'échec relatif de ces vaccinations entraîna la conviction que le choléra, maladie toxi-microbienne comme la diphtérie, le tétanos, devait bénéficier surtout d'une médication antitoxique, la sérothérapie.

Ce que nous avons dit de la toxine et de l'antitoxine cholériques nous dispensera de longs développements ; la question est d'ailleurs bien mise au point par Salimbeni, dans une publication récente. (*Médications nouvelles*. Collection Gilbert et Fournier.)

Salimbeni est arrivé à immmuniser un cheval dont le sérum agglutine à 1/50.000 et dont 0cc., 002 neutralise 2 doses de toxine : il conclut : « L'application à l'homme du sérum anticholérique pourra peut-être fournir des enseignements précieux, à moins que, comme cela arrive pour le tétanos, l'intervention sérothérapique soit inefficace à combattre l'intoxication déjà faite dès le début des premiers symptômes de la maladie et peut-être même avant ».

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie concerne spécialement les auteurs qui se sont occupés du vibrion, de la toxine, de sérothérapie, ainsi que les ouvrages de prophylaxie et d'hygiène ayant trait au choléra.

Les renseignements bibliographiques concernant la clinique se trouvent tout au long dans les traités de Fauvel, de Proust, sur le choléra, et dans tous les traités classiques, nous nous contentons de mentionner les principaux.

Dieulafoy. —

Laveran. — Dictionnaire des sciences encyclopédiques.

Patrick Manson. — Maladies des pays chauds.

Renon. — Société biologique. Choléra nostras et choléra asiatique.

Thoinot. — In: Brouardel et Gilbert.

Traités.

Wurtz. — Maladies tropicales.

Vibrion.

Achard et Bensaude. — *Soc. Méd. des Hôp.* 1900.

Blachstein. — *Ann. Inst. Past.*, 1893, p. 691.

Bleich. — Beitrag zur bakteriologischen Differentialdiagnose d. Cholera. (*Zeitsch. f. Hyg.*, Bd. XIII, p. 31, 1893.)

Bosc. — Des propriétés cholériques des humeurs des malades atteints de choléra asiatique. (*Ann. Inst. Pasteur.*, 1895, p. 507.)

Bossaert. — Etude sur l'agglutination comparée du vibrion cholérique et des microbes voisins par le sérum spécifique et les substances chimiques. (*Ann. Inst. Past*, 1898, p 858)

Botkin — Sur la pathologie du choléra (*Gaz. Clinique*, nov. 1892, Saint-Pétersbourg.)

Buchner — *Deutsche Viertel f. dif. Gesund*, nº 3, 25 janv. 1893.

Bujwid. — Ueber zwei neue Arten von spirillen in Wasser. (*Centralblat f. Bak. u Parasit.*, 1892, p. 120.)

Chantemesse. — *Semaine Médicale*, 1894. — Gélodiagnostic dans les selles. (*Bull. Ac. Med.*, juin 1901 et mai 1902.)

Cunningham. — On some species of cholera comma bacilli occuring in Calcutta. (*The sc. mem. by the med. off.* Calcutta, 1891.)

Denck. — Ueber eine neue den Cholera spirillen ähnliche spaltpilzart. (*Deutsche med. Woch.*, 1883, nº 3, p. 33.)

Drasche. — *Wien. med. Woch.*, 1894.

Dunham. — Zür chimischen Reaction der Cholera Bacterien. (*Zeits. f. Hygiene*, 1887, Bd. 11, p. 337.)

Dunbar. — Untersuchungen über cholera ähnliche Wasser bacterien. (*Deutsch. med. Woch.*, 1893, nº 7.)

Dowdeswel. — *Annales de micrographie*, 1889, II, p. 377 et 392.

Finkler et Prior. — Forschungen ueber Cholera Bacterien. (*Centralb. für. allg. Gesundh.*, Bd. 1, 1885, Heft. 5 et 6), et Ueber Bacillen der Cholera nostras. (*Tagblatt der 58. Versammlung deutsche Naturf u. Aerzte zu Strassburg*, p. 430.)

Finkelbusg. — Zur Frag der Variabilität der Cholera Bacillen. (*Centralbl. f. Bakt. u. Parasit.*, 1893, Bd. XIII, p. 113.)

Fokler. — Ueber einen dem Cholera Bacillus ähnlischen Pilz. (*Deutsche Med. Woch.*, 1893, nº 7.)

Frænkel. — Nachwein der Cholera Bacterien in Flusswasser. (*Deutsch. med. Woch.*, 1892, nº 41.)

Frænkel et Sobernheim. — *Hygienische Rundschau*, 1894, nºs 3 et 4.

Friederich. — Vergleichende Untersuchungen über den Vibrio Cholerae asiaticae. (*Arbeit. ausdem. Kais. Gessundh.*, 1892, Bd. VIII, nº 87.)

Gaffky. — *Sem. médicale*, 1893, p. 174.

Gamaleia. — Vibrio Metchnikovi. (*Ann. Inst. Past.*, 1888, p. 1482.)

Grixoni. — Sulle proprieta biologiche d'alcuni vibrioni cholerigeni (*Archivio per le scienze mediche*, 1893, p. 242.)

Gunther. — Ueber eine neue im vasser Gefunde Kommabacillen art. (*Deutsche Med. Woch.*, 1892, nº 49.)

Guyon. — *Arch. de Med. Exp.*, 1892, IV, p. 97.

Haffkine. — *Soc. de biologie*, 1892.

Hankin. — *Ann. Inst. Pasteur*, X, 1896, p. 175, et 511.

Hasterlik. — *Wiener klin. Woch.*, 1893, p. 167.

Hueppe. — *Fortschritt der Mediz.*, 1885, III, p. 619.

Issaeff. — *Zeitschrif. f. Hyg*, 1894, v XVI, p. 308

Isloway — *Zeitsch f analytische Chimie*, XXXIII, p 222

Kiessling — Ein dem Cholera Vibrio ähnlicher Komma-bacillus (*Arch. a. dem. Kais Gesundh.*, Bd VIII, 1893, p 430

Kitasato — *Zeitsch. f. Hyg.*, 1888, t. V, p. 136.

Klemperer. — *Berlin. klin. Woch.*, 1892, p. 789.

Koch — *Berl. klinische Woch.*, nº 31 et 32, 1884 ; et Ueber den augenblichlischen stand der bakteriologischen Cholera Diagnose (*Zeitsch f. Hyg.*, 1893, Bd. XIV, p. 319.)

Laser. — *Zeitsch. f. Hyg.*, 1890, X, p. 513.

Lazarus. — *Berl. klin. Woch.*, 1892, p. 1072.

Lesage et Macaigne. — Le choléra en 1892. (*Ann. Inst. Past.*, t. VII, p. 17.)

Letulle. — *Archives générales de médecine*, 1908.

Lubarsch. — Zur Epidemiologie der Asiatischen Cholera. (*Deuts. Med Woch.*, 1892, nº 43).

Max. Gruber. — *Transact. of the VII. Internat Congress of hyg.*, v II, 1892, p. 41.

Metchnikoff — Recherches sur le choléra et les vibrions. 1er Mémoire : sur la propriété préventive du sang humain vis à-vis du vibrion de Koch (*An. Inst. Pasteur.*, 1893, p. 420.)

2e Mémoire : Sur la propriété pathogène des vibrions. (*Ann. Inst. Pasteur*, 1893, p. 562.)

3e Mémoire : Sur la variation artificielle du vibrion cholérique. (*Ann. Inst. Past.*, mai 1894, p. 258.)

4e Mémoire : Sur l'immunité et la réceptivité vis-à-vis du choléra intestinal. (*Ann. Inst. Pasteur*, août 1894, p. 530.)

Miquel. — Traité de bactériologie, Paris, 1902.

Montefusco. — *Annali del Instit. d'igiene sperim. d. Un. di Roma*, III, p. 31.

Netter. — Recherches bactériologiques sur les cas de choléra ou de diarrhée chołériforme. (*S. Med. des Hôp.*, 1892, et *Ann. Inst. Past.*, 1894, p. 590.

Neuhaus. — *Centralbl. f. Bakteriologie* 1889, V, p. 81.)

Nicolle. — Le choléra à Constantinople. (*Ann. Inst. Pasteur*, 1896, p. 86.)

Nicolle et Morax. — Technique de la coloration des cils. (*Ann. Inst. Pasteur*, 1893, nº 7, p. 554.)

Okladnykh. — Modifications du sang dans le choléra. (*Vratch*, 1897, nº 44, p. 1107.)

Palermo. — *Annali dell. Inst. di Un. d. Roma*, III, p. 463.

Pauli. — Inoculation contre le choléra. Paris, 1892, p. 90, 92.

Pasquale et Sclavo. — Die alcune differenze fragli spirilli del cholera. (*Riv. d'hyg. e sanita publica*, 1892, nº 19, p. 545.)

Petri. — *Der cholerakurs*, Berlin, 1893, p. 25.

Pfeiffer. — *Zeitsch. f. Hyg.*, 1894, v. XVI, p. 283.

Pfeiffer et Issaeff. — *Deutsche med. Woch.*, 1894, nº 13.

Pfeiffer et Marx. — Die Bildungstätte der choleraschutzstoffe. (*Zeits. f. Hyg.*, 21 avril 1898, p. 275.)

Pfeiffer. et Halle. — *Centralbl. f. Bakt.*, 1896, XX, p. 129.

Proust, Netter et Thoinot, — *Rev. d'hygiène*, 1893, p. 587.

Rénon. — Etude sur 4 cas de choléra. (*Ann. Inst. Past.*, 1892, t. VI, p. 621.)

Rumpel. — Bacteriologische und klinische befunde bei der cholera. (*Deustche. Med. Woch.*, 1893, 1893, p. 160.)

Sanarelli. — Les vibrions intestinaux et la pathogénie du choléra. (*Ann. Inst. Past.*, mars 1895, p. 129) ; les vibrions des eaux et l'étiologie du choléra. (*Ann. Inst. Pasteur*, 1893, p. 693).

Strauss et Wurtz. — *Arch. de med. exp.*, 1889, p. 382.

Stricker. — Studien zur cholera frage. (*Zeitsch. f. Hyg.*, 1893.)

Treille. — Le choléra africain de la province de Constantine en 1893.

Wassermann. — *Zeitschrif. f. Hyg.*, 1893, t. XIV, p. 42.

Weibel. — Ueber eine neue im Brunnen wasser gefundene Vibrionenart. (*Centrallb. f. Bakt. u. Parasit.*, 1892, p. 117.)

Zabolotny. — *Arch. des sciences biologiques*, Saint-Pétersbourg, 1893, p. 49.

Zia Effendi. — Note sur un vibrion cholérique anormal. (*Ann. Inst. Pasteur.*, 1896, p. 97.)

Toxine. Vaccination. Sérothérapie.

Besredka. — Immunisation active contre le choléra la peste et l'infection typhique. (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 2 juin 1902, p. 1330.)

Brau et Denier. — Recherches sur la toxine et l'antitoxine cholériques. (*Ann. Inst. Pasteur*, 25 juillet 1906, p. 578.)

Ferran. — Inoculation préventive contre le choléra, 1893.

Gamaleia. — *Arch. de méd. exp.*, 1897.

Haffkine. — *The Indian med. Gazette.*

Hueppe — *Deutsche med Woch*, 1891, nº 53.

Klemperer — *Berl. klin. Woch.*, 1892.

Kraus. — *Centralbl. f. Bakt.*, vol. 34, nº 6, 1903.

Kraus et Pibram. — *Wien. klinisch. Woch.*, 1905, nº 39.

Levaditi et Kraus. — *Handbuch. der Technik und Method der immunitätsche.-forschung*, 1907, p. 177-178.

Metchnikoff et Roux. — Taurelli Salimbeni : Toxine et antitoxine cholériques. (*An. Inst. Past.*, mai 1896, p. 257.)

Metchnikoff. — L'immunité dans les maladies infectieuses, 1901. *Actualités médicales*, 1908 ; *Médications nouvelles* (chez Baillière).

Pawlowsky. — *Deutsche med. Woch.*, 1893.

Petri. — *Arbeiten aus dem Gesundh.*, 1890, vol. VI, p. 374.

Pfeiffer. — *Zeitsch. f. Hyg.*, vol. II, 1896, et *Deutsch. med. Woch.*, 1896, nºs 7 et 8.

Ramson. — *Deutsche med. Woch.*, 1895, n° 29.

Salimbeni. — Nouvelles recherches sur la toxine et l'antitoxine cholériques. (*Ann. Inst. Pasteur*, février 1908, p. 174.)

Scholl. — Untersuchungen über geftige eiweisskörper bei cholera asiatica und einigen faulnissprocessen. (*Arch. f. Hyg.*, 1892, p. 172-5.)

Strong. — Protective inoculation agaisnt asiatic cholera. (*Manille*, 1904, p. 279.).

Wassermann et Brieger. — *Deutsche med. Woch.*, 1892.

Wesbrooch. — Contribution à l'étude des toxines du choléra. (*Ann. Inst. Pasteur*, 1894.

Prophylaxie. Hygiene.

Anderson. — The cholera epidemic in puritown and District in Auly 1902. (*Indian med. Gaz. Calcutta*, 1904, XXXIX, p. 48-51.)

Bernard. — Choléra à Luang Prabang et dans le Haut-Laos en 1902. (*Ann. d'hyg. et méd. col.*, 1904, VII, 357-367.)

Borel. — Remarques sur l'épidémie de choléra de 1902 dans le Nord de la Chine. (*Caducée*, 1904, p. 1537.)

— Statistiques du Lazaret de Camaran. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1904.)

Bulletin quarantenaire d'Egypte.

Bussiere. — *Ann. d'hyg. et med. col.*, vol. VI, p. 143-153.

Buchstab. — Ueber die Schutzimpfungen gegen Cholera. (*Med. kln.*, Berlin, 1905, I, 1143.)

Chantemesse. — Marche du choléra en 1904 et menace d'invasion européenne. (*Bul. Médical*, 1905 ; *Bull. Ac. de Médecine*, 1905, juillet.)

Chantemesse et Borel.—La récente épidémie du choléra en Allemagne et ses enseignements. (*Hygiène générale et appliquée* ; février 1906). — Mouches et choléra, Paris, 1905. — Frontières et prophylaxie, Paris 1907. — Les positions du choléra en 1908 (*Bulletin Médical* janvier 1908.)

Conférence sanitaire internationale de 1865 ; *de Venise* 1892 ; *de Dresde*, 1893.

Congrès colonial de 1904 ; *Congrès colonial de Marseille de* 1906.

Coppin. — Rapport sur l'épidémie de choléra qui sévit en Perse. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, 1905, VIII, 271-282.)

Documents, statistiques du Ministère.

Dunbar. — La question du choléra en Allemagne. (*Presse méd.*, 1905, p. 385.)

Dupuy. — Propagation et prophylaxie maritimes du choléra aux colonies. (*Hygiène générale et appliquée*, 1906, p. 643.)

Fauvel. — Le choléra . Paris, 1868.

Fitch. — Asiatic cholera. (*Medic. Times. N. Y.*, 1900, XXVIII, p. 168.)

Gaffky. — Rapport de l'Institut royal de Berlin, 3 mai 1905.

Gotschlich. — *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 septembre 1906.

Kermorgant. — Le choléra au Tonkin en 1904. (*Ac. de Méd.*, déc. 1905.)

Lasserre. — *Arch. de méd. navale*, 1903, XXX, 81-93.

Mac Laughlin. — *Public health reports*, n° 44, nov. 1905.

Peyron. — Marche du choléra de 1902 à 1906. (*Th. Paris*, 1906.)

Proust et Faivre. — Le choléra en 1901. (*Rec. trav. Com.consult. d'Hyg.*, 1901, XXXI, 343-354.)

Recueil des travaux du comité consultatif d'hgyiène.

Règlement de la police sanitaire maritime, décrets du 4 janvier 1896 et 15 juin 1899.

Thoinot. — Le choléra : origine marche, étiologie générale, Paris 1896.

Thoinot et Dubief. — *Ann. d'hygiène*, 1894, t. XXXI, p. 126.

Tsukuki. — *Arch. f. Schiffs und Tropen hygiene*, février 1904.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'adaptation des institutions d'assistance aux milieux qu'elles doivent secourir. Les crèches sont-elles réellement utiles ?

Il en est de l'Assistance comme de la thérapeutique : des principes généraux peuvent en guider théoriquement l'application, mais en pratique elle doit s'adapter aux milieux différents et affecter les formes les plus diverses. Telle institution philanthropique qui rend dans tel pays, dans telle ville, dans tel quartier les plus grands services, restera stérile dans tout autre milieu. Le philanthrope en chambre est tout aussi inutile que le nosologue de cabinet qui jamais n'approche du lit du malade.

Cette vérité est évidente dans toutes les branches de l'Assistance, nous le faisions remarquer il y a quelques mois pour l'assistance médicale à domicile; aujourd'hui nous ferons la même constatation pour l'assistance des enfants en bas âge.

Cette assistance est toujours d'actualité. Deux très intéressantes publications attirent encore plus aujourd'hui l'attention sur elle.

L'une, intitulée le *Manuel de la crèche* (1), œuvre de M. F. Marbeau, est publiée par les soins de la Société des crèches. Ce précieux manuel traite de l'institution de la crèche, de sa création, de son organisation, de son fonctionnement et contient comme annexes tous les décrets, arrêtés, statuts et renseignements qui concernent les crèches.

La seconde publication, qui est due à la plume de notre distingué confrère, le Dr A. Chaillou, auquel ses fonctions de médecin inspecteur des enfants du premier âge donnent une compétence spéciale, a pour titre : *Hygiène générale d'une crèche* (2).

La question suivante est posée et effleurée dans ces deux ouvrages : *La crèche est-elle une institution utile* ? *L'assistance de l'enfant à domicile n'est-elle pas préférable* ? Nous répondrons que là encore, c'est une affaire de milieu et que les deux systèmes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Etant donné que la construction, l'organisation, l'ameublement d'une crèche bien conçue, pouvant admettre 50 enfants, reviennent au minimum à 100.000 francs, que la moyenne des dépenses d'entretien oscille entre 0 fr. 75 et 0 fr. 90 par enfant et par jour, on peut affirmer qu'on est au-dessous de la réalité en disant qu'un enfant coûte *plus d'un franc par jour* dans une crèche. Or, ne vaudrait-il pas mieux donner à une mère une allocation annuelle de 300 francs par enfant en bas âge, à la condition qu'elle consacrerait son temps et ses soins à son ménage et à ses enfants et qu'elle accepterait la surveillance et le contrôle des dames patronesses, administrateurs, visiteurs, etc., de la Société qui se chargerait de cette assistance à domicile des enfants en bas âge ?

Il est indiscutable que le travail de la mère à domicile, joint à pareille subvention, compenserait largement le salaire d'appoint qu'elle peut apporter au budget du ménage. Le logis, mieux tenu, les enfants mieux soignés, les repas mieux préparés, auraient une influence morale considérable sur la conduite du mari qui le soir ou le dimanche n'abandonnerait pas les siens pour courir au cabaret. Les liens de la famille, qui se relâchent tant aujourd'hui, seraient de ce fait resserrés. Pour les enfants, les risques de contagion deviendraient plus rares, et par suite la morbidité et la mortalité infantiles moins élevées.

(1) Impr. du *Progrès*, H. Turgis direct., Verneuil, 1908. Voir la bibliographie in *Progrès médical*, n° du 2 janvier 1909.

(2) Au siège social de la *Société des crèches*, 15. av. d'Iéna, à Paris, 1909.

Bien plus ce serait une prime à la repopulation, les parents assistés n'envisageant plus la naissance d'un nouveau-né comme un surcroît de misère.

Dans beaucoup de régions et dans certains quartiers de grandes villes, la supériorité de cette assistance des enfants à domicile nous paraît indiscutable. Il suffirait de s'assurer pour y réussir du dévouement, de l'intelligence, du tact et de l'autorité des dames patronesses, des administrateurs et autres auxiliaires de la Société bienfaisante qui voudrait se charger de cette tâche.

Mais dans les quartiers très miséreux, où le logis est plus particulièrement malsain, où l'air et la lumière font totalement défaut et où matériellement il est impossible à la mère de famille de bien tenir ses enfants, la Crèche est d'une utilité inappréciable. Elle enlève pendant toute la journée l'enfant à un milieu déplorable. Quinze ans de pratique de la médecine des indigents dans le bas quartier de la Sorbonne venant se joindre à une période égale durant laquelle, dans le même quartier, nous avons pris part à la surveillance médicale de la crèche Sadi-Carnot, nous ont permis de constater les services rendus par une crèche dans un milieu aussi défavorisé. Comme, dans ce vieux quartier, il a été impossible, faute de terrain à un prix abordable, de construire une crèche modèle, on a dû improviser la Crèche le mieux possible dans un appartement au rez-de-chaussée. Certes, cette crèche Sadi-Carnot n'est pas la crèche modèle que décrit M. Chaillou et ne ressemble guère à celles dont M. F. Marbeau donne les plans dans son manuel. Elle n'est guère ensoleillée, elle n'a ni terrasse, ni cour, ni jardin ; mais telle qu'elle est, elle est à notre avis infiniment plus utile que la crèche la mieux construite dans un arrondissement périphérique ou dans la banlieue parisienne. Et cela, parce qu'elle arrache un certain nombre d'enfants pendant toute le journée à des logements qui ont atteint le maximum d'insalubrité, et parce que les services qu'elle rend ne pourraient être compensés par ceux d'une assistance à domicile bien ordonnée. Cette crèche est utile, malgré ses imperfections, parce qu'elle est un instrument d'assistance bien adapté au milieu où il fonctionne.

A l'encontre, nous n'oserions guère affirmer que telle crèche admirablement construite, parfaite sous tous les rapports, dont l'élévation et l'aménagement ont coûté plus de 120.000 francs et où la moyenne des dépenses d'entretien de chaque enfant atteint près d'un franc par jour, offre pareille utilité pratique. Qu'on y réfléchisse! La plupart des enfants qui fréquentent cette belle crèche seraient sans doute mieux soignés chez eux par leur mère, si l'on joignait à une surveillance affectueuse et habile un secours atteignant le prix de revient de l'enfant à la crèche.

Répétons-le, on ne saurait en assistance admettre de règles immuables ; telle institution, qui en théorie paraît parfaite, donne en pratique des résultats insuffisants, parce qu'ils sont proportionnellement trop coûteux, et surtout parce qu'ils ne s'adaptent pas suffisamment aux milieux sur lesquels ils doivent exercer leur action.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1909.

Le Chemin de fer du Hedjaz et le choléra.— *M. Chantemesse* a fait en 1908 une communication à l'Académie « sur les *positions actuelles* du choléra ».

Il vient aujourd'hui attirer l'attention sur les dangers que peut faire courir à l'Europe le chemin de fer du Hedjaz qui, parti de Damas, s'arrête pour le moment à Médine, mais atteindra prochainement La Mecque. Constantinople sera mis ainsi à 4 jours et demi de La Mecque.

Le choléra est importé à La Mecque par des pèlerins venus de l'Inde Ils subissent avant d'atteindre la ville sainte une quarantaine, mais n'en arrivent pas moins à contaminer les pèlerins venus du Nord.

Un lazaret de la presqu'île du Sinaï impose à son tour une quarantaine à ces pèlerins septentrionaux.

Il convient donc que sur la ligne du Hedjaz soit établi également un lazaret. La commission ottomane en a fixé le siège à Tébuk. Il est à craindre qu'il ne s'encombre trop rapidement, car les trains évacuent parfois dans les 3 000 voyageurs par jour. Le séjour y sera de cinq jours seulement, ce qui est insuffisant.

La question du choléra se pose donc à nouveau pour l'Europe.

Atrophie héréditaire de la papille.— *M. Raymond* présente à l'Académie, au nom de son collaborateur, ***M. Kœnig***, et au sien, un travail intitulé : *Atrophie héréditaire de la papille.*

Cette curieuse affection, décrite autrefois par Leber, est caractérisée par une cécité subite partielle qui n'aboutit presque jamais à l'amaurose. Les auteurs l'ont étudiée chez plusieurs malades appartenant à quatre familles différentes.

Ce qui doit tout d'abord attirer l'attention, c'est le contraste frappant qui existe entre les altérations du nerf optique, peu accentuées au début, et les troubles de la vision, qui atteignent d'emblée leur maximum d'intensité. MM Raymond et Kœnig distinguent 3 périodes, dans la courte évolution de cette maladie : 1° l'hyperémie papillaire ; 2° l'ischémie ; 3° l'atrophie blanche avec excavation.

Les symptômes subjectifs et objectifs peuvent se résumer ainsi : intégrité fonctionnelle des papilles et du champ visuel périphérique : scotome central absolu ou relatif, altération considérable de la vision centrale qui survient subitement. Cette affection des yeux est essentiellement héréditaire. Elle se transmet par la voie maternelle aux enfants du sexe masculin. Les femmes sont en général indemnes. C'est surtout entre 18 et 25 ans que survient, et subitement, le trouble de la vue. La vision centrale est gravement atteinte, au point que les malades sont obligés d abandonner leurs occupations, mais ils conservent la vision excentrique et continuent à pouvoir se conduire et à exécuter certains travaux.

L'étiologie et la pathogénie en sont encore peu connues.

Pelade cranienne totale. — *MM. Hallopeau* et *Chicotot*.— *Elections.*— Il s'agit de remplacer M. Chamberland, dans la section des asssociés libres.

Sur 85 votants, ***M. Paul Strauss*** obtient 66 suffrages ; ***M. Voisin***, 12 ; ***M. Capitan***, 3.... etc. ***M. Strauss*** est élu.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mars 1909.

M. ***Broca*** présente un rapport sur deux observations de M. Le Jemtel. La première a trait à un enfant qui dut être gastrostomisé pour pratiquer l'extraction d'un corps étranger (broche) de l'estomac. M. B. fait remarquer à ce propos qu'il est sage, dans les cas de ce genre, de faire plusieurs radiographies successives psur voir si le corps étranger est fixe ou mobile.

La seconde observation concerne un enfant ayant l'apparence masculine, qui portait une volumineuse tumeur abdominale que l'opération démontra être une tumeur ovarienne solide

(tumeur mixte) avec une trompe normale et un utérus atrophié.

Traitement des gangrènes diabétiques par l'air chaud. — M. ***Tuffier***. — La thermothérapie peut dans les gangrènes diabétiques s'employer sous trois formes : l'air libre chaud à une température légèrement supérieure à celle du corps ; l'air chaud sous pression, l'air surchauffé.

L'air libre à 40 ou 50° a été essayé par moi dans deux cas de gangrène menaçante mais non encore confirmée. L'un des malades a guéri, l'autre a succombé à d'autres accidents diabétiques.

Pour la gangrène confirmée, l'air surchauffé à 300 ou 400° est un mode de suppression de la gangrène et un excellent moyen de traitement, bien qu'il ne mette pas à l'abri des accidents toxiques qui peuvent survenir.

Quant au traitement ultérieur par l'air chaud, c'est un procédé d'hyperhémie qui excite la circulation et la cicatrisation au même titre que divers autres procédés.

Hydronéphroses traumatiques. — M. ***Legueu*** fait un rapport sur deux observations de M. Ferron (de Laval). — La première est un exemple d'hydronéphrose traumatique vraie. Un homme de 19 ans fait une chute, ressent une douleur vive dans le côté droit et urine du sang ; les jours suivants, l'hématurie s'arrête mais le flanc commence à grossir. Un mois après, M. Ferron trouve une tumeur considérable, étendue de la pointe de l'omoplate à la fosse iliaque, fluctuante, lisse ; il l'ouvre en arrière, évacue près de quatre litres d'urine sanglante, reconnaît que la poche est bien le rein distendu et se met en devoir de l'enlever. La tumeur était partout très adhérente ; la néphrectomie fut faite par morcellement avec beaucoup de difficultés ; le malade guérit non sans une fistule urétérale qui dut être opérée plus tard par l'urétérectomie.

Le rapporteur fait remarquer que dans ce cas, malgré la précocité du développement de cette tumeur, le traumattsme en a été la raison initiale ; l'adhérence partout constatée est sans doute la conséquence de l'hématome périrénal et il est probable que cette sclérose s'est étendue autour de l'uretère au point d'étouffer son calibre. Il est rare toutefois de voir les hydronéphroses traumatiques aussi précoces ; plus souvent elles se développent quelques années après et succèdent probablement à un rétrécissement de l'uretère.

La seconde observation est un exemple de pseudohydronéphrose traumatique. Elle a trait à un homme de 30 ans sur le dos duquel passa une voiture ; à la suite se développent tous les signes d'une contusion rénale : douleurs, hématurie ; quatorze jours après, M. Ferron trouve une tumeur volumineuse dans le flanc, à limites nettes. Il opère par la voie antérieure, ouvre une poche pleine d'un liquide sérohématique et s'aperçoit que le rein, rompu dans son segment inférieur, est appendu à sa place dans le haut de la poche qu'il vient d'ouvrir. La néphrectomie est pratiquée ; le rein présentait une déchirure du parenchyme, du bassinet et des calices inférieurs par laquelle s'était fait l'épanchement péri-rénal.

Le diagnostic entre ces hydronéphroses et ces périnéphroses est très difficile ; le cathétérisme de l'uretère donnerait sans doute dans les hydronéphroses une urine très modifiée et dont la quantité très diminuée serait une indication en faveur de l'hydronéphrose vraie. Pour cette dernière, l'incision parapéritonéale est préférable ; mais pour les périnéphroses l'incision lombaire est très suffisante.

Présentation de malades. — M. ***Delbet*** présente un malade atteint de névralgie de la branche inférieure du trijumeau qui a été très amélioré par le traitement spécifique.

M. ***Tuffier*** présente une malade qu'il a opérée d'un angiome cérébral par la ligature de tous les vaisseaux de la périphérie de la tumeur et l'attouchement de la tumeur même au perchlorure de fer. La malade conserva quelque temps une fistule et finit par guérir.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 4 mars 1909.

Cas de chéloïde cicatricielle des muqueuses. — MM. ***Jourdanet*** et ***Barré*** avaient présenté, dans la séance précédente, une femme de 31 ans atteinte de chéloïde cicatricielle de la lèvre inférieure, consécutive à une morsure que s'était faite la malade au cours d'une crise nerveuse. Les chéloïdes des muqueuses sont excessivement rares, puisque le seul cas qui ait été publié est celui de MM. de Beurmann et Gougerot.

La lésion est caractérisée par une encoche limitant un bourgeon chéloïdien formant volet, de couleur rouge. La tumeur, qui a mis quelques semaines à se former, n'a aucune tendance à la régression. La malade a été traitée par de simples attouchements à la teinture d'iode, qui ont paru, pendant un certain temps, amener une amélioration. Les auteurs se proposent de traiter cette lésion par la radiumthérapie.

Chéloïdes congénitales en barres transversales de la région présternale. — MM. ***Hallopeau*** et ***François-Dainville*** présentent une malade chez laquelle on constate, au-devant de la poitrine trois lésions chéloïdiennes, en forme de bandes transversales, mesurant trois centimètres de largeur environ, et dix-neuf, treize et onze centimètres de longueur. On peut les regarder comme d'origine embryonnaire. Apparues dans la première enfance et en rapport avec le développement du thorax, on ne peut les expliquer par l'hypothèse d'une diathèse fibro-plastique ou par des cicatrices d'origine tuberculeuse ou syphilitique.

M. ***Darier*** rejette l'hypothèse de la congénitalité de ces lésions ; il est impossible de savoir si, dans son enfance, cette malade n'a pas eu des plaies qui ont été la cause de ces chéloïdes.

Chancre probable de la caroncule avec infiltration palpébrale de l'œil droit consécutif à un chancre de la verge. Eruption syphilitique secondaire. — MM. ***Hallopeau*** et ***F.-Dainville***. – La lésion caronculaire est survenue quelques jours après le chancre pénien excluant une syphilide secondaire ; l'unitéralité de la lésion, sa longue durée, les modifications macroscopiques de la caroncule et l'adénopathie démontrent le diagnostic de chancre syphilitique oculaire. Les altérations persistantes de la paupière sont dues au passage de tréponèmes suractifs, trop peu nombreux pour provoquer une néoplasie syphilitique.

Syphilide ulcéreuse du nez avec lupus pernio et acné rosacée. — MM. ***Hallopeau*** et ***F.-Dainville***. — La nature syphilitique de ces lésions est démontrée par l'influence manifeste du traitement spécifique. Le lupus pernio est affirmé par la marche de la maladie aggravée chaque hiver. Ce lupus constitue un terrain favorable pour des syphilides récidivantes in situ.

Eruption localisée et récidivante d'antipyrine sous forme d'érythème circiné et induré. — MM. ***Hallopeau*** et ***F.-Dainville***.

Sur deux ulcérations tuberculeuses des gencives. — MM. ***Hallopeau*** et ***Neveu***. — Ces ulcérations ont, d'une part, troublé la nutrition des dents ; l'une d'elles a envahi l'alvéole d'une canine qui, mise à nu, s'est modifiée et a dû être enlevée. D'autre part, ces altérations gingivales, nombreuses chez cette malade, ont fourni des milieux de culture favorable aux greffes des bacilles de Koch existant dans les crachats.

Deux cas de lèpre mixte avec défaut de concordance entre les manifestations cutanées et les troubles de sensibilité de la peau. — MM. ***de Beurmann*** et ***G. Laroche***. — Les auteurs présentent deux malades atteints de lèpre mixte avec lésions cutanées en activité. L'anesthésie, chez eux, est des plus irrégulières et ne concorde nullement avec le siège des lépromes. La loi classique du léprome anesthésique paraît donc être en défaut.

Un de ces malades présente également une alopécie en clairières assez accentuée. Ce fait est à signaler, car il est de règle que le cuir chevelu est respecté dans la maladie de Hansen.

M. ***Jeanselme*** fait remarquer que, chez ce malade, il existe, au niveau du cou, une hypothonie marquée des tissus et que l'hypothonie se poursuit dans les régions alopéciques du cuir chevelu.

M. ***Milian*** rappelle qu'il a présenté à la Société médicale des hôpitaux, au mois d'octobre dernier, une malade originaire du

Cantal, qui avait, au niveau du cuir chevelu, des lésions alopéciques rappelant la pseudo-pelade de Brocq.

M. *Brocq* dit, que ce qu'il a décrit sous le nom de pseudo-pelade, ne doit pas être considéré comme une entité morbide définie, mais comme un syndrome clinique pouvant parfaitement se retrouver dans la maladie de Hansen.

Intradermo-réaction positive dans le pityriasis rubra pilaire. — MM. de *Beurmann* et *G. Laroche*.— La nature du pityriasis rubra pilaire est encore discutée. M. Milian a soulevé l'hypothèse de son origine bacillaire. A l'appui de cette théorie, MM. Beurmann et Laroche présentent deux cas de pityriasis rubra pilaire chez lesquels l'intradermo-réaction a donné une réaction positive nette et prolongée. L'un de ces malades est suspect de bacillose pulmonaire au début, l'autre paraît indemne. La reproduction d'une lésion analogue à celle de l'érythème noueux est en faveur de l'origine tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire.

Décoloration par le rayonnement global du radium à faibles doses d'un nævus vasculaire plan rouge vif chez un nourrisson de deux mois. — M. *Barcat* montre chez cet enfant les résultats qu'il a obtenus en employant de faibles doses, incapables d'altérer l'épiderme et cependant suffisantes pour déterminer la régression embryonnaire curative du derme. Ce cas, traité sans réaction visible autre qu'une légère desquamation, semble indiquer que le traitement radiumthérapique des nævi vasculaires doit se faire à une époque aussi rapprochée que possible de la naissance, de façon à mettre à profit la plus grande sensibilité des tissus des nourrissons au rayonnement.

Vaste épithélioma tubulé de la région frontale guéri par le radium. (Méthode du rayonnement ultra-pénétrant de Dominici.)— M. *Barcat*. — Ce cas traité par un rayonnement ultra-pénétrant, d'une intensité relativement faible (2600), met en évidence la puissante action élective de celui-ci sur l'épithélioma.

Le sous-carbonate de fer stérilisé, employé en pommade au 40° et à partir de l'emploi duquel la cicatrisation d'abord lente s'est faite très rapidement, s'est montré l'auxiliaire précieux du radium.

Mycosis fongoïde. Altérations des ongles. — MM. *Balzer* et *Sevestre*. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade atteinte de mycosis fongoïde, qui présenté des altérations unguéales excessivement marquées, qui sont rares dans le mycosis fongoïde.

Sur une cause peu connue d'accidents locaux consécutifs aux injections mercurielles insolubles. — M. *Lafay* montre que, bien souvent, les accidents consécutifs aux injections mercurielles insolubles ne sont pas dus aux substances employées. Le plus souvent, même lorsque les injections sont faites profondément, les accidents sont dus au mauvais état des aiguilles qui présentent des fissures latérales par où s'écoule le liquide injecté. Ce liquide épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané donne lieu aux indurations et aux abcès que l'on observe fréquemment.

FERNET.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de réinfection syphilitique avec mise en évidence de spirochètes de Schaudinn; par M. BOURGSDORFF (*Rousski Vratch*, 1908, n° 13, p. 446.— Un étudiant de 24 ans est atteint d'un chancre induré du gland avec adénite indolore, roséole et céphalée. Comme traitement il reçoit 3 séries d'injections mercurielles sous-cutanées. Chaque série est de 40 injections ; en outre il prend environ 70 grammes d'iodure de potassium.

Deux ans après le premier chancre, deux mois seulement après la fin de la 3e série d'injections mercurielles, nouvelle infection et le 15 janvier 1908 nouveau chancre induré du gland avec adénopathie inguinale.

Le 25 janvier, la sérosité du chancre est recueillie au moyen de l'appareil de Bier.

Après étalement sur lames et colorations par le Giemsa, on put constater la présence de 10 à 20 spirochètes sur chaque préparation. Le 30 janvier, apparition de la roséole. Le 16 février cicatrisation complète du chancre.

Traitement conservateur des fibromes de l'utérus par le Formol (*La Semaine Médicale*, n° 5 du 3 février 1909) p. 55) — On sait que la plupart des fibromes de l'utérus ont une tendance naturelle à subir une régression plus ou moins marquée à l'époque de la ménopause, la suppression définitive de la menstruation et l'atrophie de la muqueuse utérine ayant pour effet d'entraver la nutrition des corps fibreux. Cela étant, M. le Docteur J. Barsony, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la faculté de médecine de Budapest, a pensé que dans le cas où la ménopause tarde à s'établir, il y aurait utilité à provoquer artificiellement l'atrophie de la muqueuse utérine par des cautérisations pratiquées de façon à en graduer en quelque sorte les effets suivant les particularités de chaque cas.

Si l'on a affaire à un utérus petit, on injecte tous les huit jours, à l'aide d'une seringue de Braun, de 1 à 3 c.c. d'une solution de formol de 5 à 15 0/0.

La matrice est-elle, au contraire, volumineuse, on devra nécessairement se servir d'une solution beaucoup moins concentrée (de 0 05 à 2 0/0), la quantité de liquide à employer étant en pareil cas plus grande et variant de 500 c.c. à 1 litre.

Afin d'accoutumer l'utérus, notre confrère fait généralement le premier lavage avec un liquide moins actif que le formol, avec de l'alcool pur, par exemple, ou encore avec de l'eau alcoolisée à 25 0/0. On peut, du reste, pour calmer les douleurs, introduire dans l'anus avant les premiers lavages un suppositoire à la belladone.

La cautérisation ne devant porter que sur la surface interne de l'utérus, on doit s'appliquer à protéger le vagin et surtout la vulve, particulièrement riche en nerfs, contre l'action caustique du formol.

Comme il reste toujours dans la cavité de la matrice un peu de liquide qui, en s'écoulant ultérieurement, pourrait endommager les organes génitaux externes, M. Barsony a soin, après le lavage, d'enduire le vagin et la vulve d'un onguent protecteur (pommade à l'oxyde de zinc par exemple). Après l'intervention la patiente doit se reposer pendant une dizaine ou une quinzaine de minutes pour que l'utérus se calme.

De la contagiosité de la gomme ; par M. VEREL. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1907).—Un malade contracte un chancre en avril 1908, suivi de roséole et d'accidents secondaires.

Comme les années qui suivirent aucun accident ne survient, le mariage fut décidé en 1905. Le 29 avril 1905, il épousa donc une jeune fille qui était vierge et parfaitement bien portante. En juillet 1905, notre homme ressentit des douleurs du gland et vit se développer à l'endroit où avait siégé le chancre une petite tuméfaction qui se ramollit suppura et guérit sans traitement. Le 13 octobre 1905, le médecin eut la visite de la jeune femme qui présentait un œdème dur de la grande lèvre gauche, sans trace de chancre, mais avec des papules vulvaires, roséole, plaques muqueuses buccales et une grossesse au cinquième mois. Elle fut mise au traitement (salicylate de mercure en injections). Le 29 novembre 1905, elle revint, elle avait mis au monde un enfant mort de 8 mois.

L'autopsie de cet enfant ne permit pas de trouver des lésions syphilitiques ; on ne put constater la présence de tréponèmes.

Pendant ses suites de couches, les manifestations syphilitiques réapparurent abondantes et les piqûres furent reprises. L'auteur la revit plus tard et la guérison de ces accidents s'était maintenue jusqu'au 24 octobre 1906.

La croissance des ongles.— *La Province médicale* résume un intéressante communication de M. Bloch faite à la Société de Biologie sur ce sujet peu connu.

Pour étudier la croissance des ongles, M. A.-M. Bloch procède ainsi : il grave à la lime, sur l'ongle, deux traits croisés en X, puis il prend à la cire une empreinte du doigt ; il coule ensuite du plâtre dans cet empreinte et obtient un moule du doigt, des sillons, de ses aspérités et de sa marque tracée sur l'ongle. Un mois après, on prend une nouvelle empreinte, puis on prend un nouveau moule et on mesure au compas la distance de l'X à un sillon bien apparent, bien déterminé, pareil dans l'un et l'autre modèle du plâtre. On peut, de cette façon, déterminer la pousse de l'ongle de la première à la seconde.

Ce procédé s'applique aux orteils comme aux doigts de la main et permet des comparaisons.

M. Bloch rappelle que, d'après ses nombreuses observations anciennes, confirmées par ses nouvelles, la pousse des ongles est fonction de l âge. *Elle varie du simple au triple*, étant inférieure à dix centièmes de millimètre avant cinq ans, s'élevant jusqu'à 14 centièmes de millimètre de cinq à trente ans et redescendant jusqu'à 4 centièmes de millimètre vers soixante-dix, quatre-vingts ans et plus (par jour.)

Or, lorsqu'on étudie la croissance de l'ongle du gros orteil, on observe, par rapport aux ongles de la main, une diminution de vitesse, fonction de l'âge, qui ne suit pas une proportion constante. Chez les jeunes, la pousse de l'ongle du pied varie entre la moitié et le tiers de la pousse des ongles de la main, tandis que, chez les vieillards, la différence est beaucoup moins grande. Vers quatre-vingts ans et au-delà, on a une moyenne de 5 centièmes de millimètre par jour pour la main et de 4 centièmes de millimètre pour le pied.

L'activité trophique du membre inférieur se conserve donc mieux que celle du membre supérieur, ce qui s'explique par ce fait que les vieillards bien portants se servent de leurs jambes et ne se servent plus guère de leurs bras ; l'examen des muscles des membres en fait foi ; l'atrophie musculaire est bien plus prononcée au membre thoracique qu'au membre abdominal.

Les dernières observations de M. Bloch, faites en été, alors que les premières avaient eu lieu en hiver, montrent que la croissance ne varie pas avec la saison, assertion qui, avant lui, a été affirmée par certains auteurs et niée par d'autres.

En résumé, comme conclusions :

1° Les ongles des mains croissent diversement :

Avant 5 ans, de 6 à 8 centièmes de millimètre par jour.

De 5 à 30, de 10 à 14 centièmes de millimètre.

De 30 à 60, de 7 à 10 centièmes de millimètre.

De 60 à 85, de 4 à 7 centièmes de millimètre.

2° L'ongle du gros orteil croit :

De 7 à 30 ans, de 4 à 7 centièmes de millimètre.

De 60 à 85 ans, de 3 à 4 centièmes de millimètre.

3° Les saisons ne modifient pas la croissance des ongles.

ASSISTANCE AUX BLESSÉS

De l'Assistance privée auprès des armées (*Suite*) (1).

Par **M. A. DEMMLER**.

Du rôle des Sociétés de secours dans le service de l'arrière

Si, comme j'ai essayé de le démontrer, les Sociétés de secours peuvent être appelées à participer au service de l'arrière dans les zones les plus rapprochées de l'armée, il faut, pour remplir cette tâche, qu'elles aient, à proximité, des centres d'approvisionnement tels que ceux existant sur les derrières de l'armée. Il y aura donc lieu de prévoir, comme en Allemagne, la formation des stations-magasins où sera rassemblé le matériel nécessaire à l'organisation des hôpitaux de réserve de l'arrière installés par l'Assistance volontaire. Je ne crois pas qu'au point de vue des secrets de la mobilisation, cette désignation ait de sérieux inconvénients, tandis qu'elle présente des avantages pour la facilité d'assurer en temps de paix les approvisionnements de l'Assistance privée. Actuellement, les Sociétés de secours emploient deux procédés pour se procurer dès le temps de paix les ressources matérielles dont elles auront besoin au moment de la guerre. Pour ce qui concerne les médicaments ou les pansements chirurgicaux, elles passent des marchés avec certaines maisons importantes, qui s'engagent à leur fournir, au moment de la mobilisation, tout ce qui est prévu par la nomenclature du Service de santé en campagne. C'est là un excellent procédé puisqu'il les garantit contre toute altération de ce matériel, très sujet à se détériorer. Pour certains autres objets, elles sont autorisées à les acheter dès qu'on fera appel à leur concours, ou bien, pour le matériel de couchage, par exemple, elles sont en droit de compter sur les promesses faites par quelques particuliers de fournir une partie du matériel nécessaire. Enfin, elles ont en magasin, outre une certaine réserve de linge, tout ce qui leur serait difficile d'acheter sur place ou de faire confectionner dès l'annonce des hostilités. Telles sont du moins les mesures que j'avait conseillé de prendre à l'Union des Femmes de France, quand j'ai dû m'occuper de l'organisation des hôpitaux de campagne auxiliaires, en qualité de délégué régional. Mais il est facile de se rendre compte que cette manière de procéder, excellente quand on n'aura à s'occuper que de l'installation d'hôpitaux de territoire, risquera de donner quelques désillusions, si l'on veut assurer une partie du service dans les premières zones de l'arrière. L'achat sur place ou par réquisition sera le plus souvent impossible (on comprend pourquoi), dans un pays qui aura été sillonné par les troupes ; l'encombrement des voies ferrées interdira le recours aux fabricants ou aux commerçants de l'intérieur ou de l'étranger, ou l'envoi par les Comités régionaux éloignés. Pour toutes ces raisons, il est utile que dans les zones frontières avoisinant l'armée, l'Assistance privée prenne soin, dès le temps de paix, de rassembler la plus grande partie de son matériel, tout au moins de celui qui n'est pas sujet à détérioration. Voilà pourquoi je suis d'avis que des stations-magasins soient établies dans certains lieux désignés aux Sociétés par l'autorité militaire, et même que celle-ci facilite cette organisation en mettant des locaux à leur disposition, ou en les autorisant à joindre ce matériel annexe aux réserves du Service de santé.

Un deuxième point sur lequel l'attention doit être attirée est la nécessité d'avoir un corps de brancardiers volontaires pour transporter les blessés des gares évacuatrices aux hôpitaux. C'est, comme je l'ai dit précédemment, ce que la Croix-Rouge allemande désigne sous le nom de Beglaitpersonal für Kranken transporte (Kriegs-Sanit Ordnung, 1878, p. 210. Kriegs. Etappen Ordnung 1887, p. 6,6). En France, d'après les circulaires ministérielles, un certain nombre d'infirmiers de la réserve de la territoriale seraient mis à la disposition des Sociétés de secours. Mais sans parler de la valeur professionnelle de ces hommes (et pourtant, on peut à ce sujet émettre des doutes, hélas ! trop fondés), il est bien évident qu'ils seront surtout répartis dans les hôpitaux temporaires du territoire. Pour remplir le rôle de brancardiers, soit dans les infirmeries de gare soit dans les hôpitaux d'arrière de réserve des 1res zones de l'arrière, le personnel fera complètement défaut ou tout au moins sera insuffisant et mal exercé. Et pourtant cette organisation est aussi facile en France qu'à l'étranger, si l'on veut avoir recours aux différentes sociétés de gymnastique dont la Fédération peut s'allier à la Croix-Rouge, tout en restant autonome à tous les autres points de vue. Elles feront œuvre utile en préparant le matériel de transport avec tous les perfectionnements actuels, et en exerçant leurs adhérents aux manœuvres de relèvement des blessés, que peu de gens connaissent bien. Pour bien faire, il faut plus d'adresse et d'agilité que de force ; et les jeunes gens de 15, 16, 17 ans peuvent très bien rendre ces services.

Notre distingué confrère, le secrétaire général des Dames Françaises, est le seul qui jusqu'ici ait fait dans ce sens œuvre utile en donnant une éducation appropriée aux élèves de nos lycées. Les Sociétés de secouristes feraient également bien d'adhérer à la Croix-Rouge pour être utilisées dans la formation de ces colonnes sanitaires destinées à conduire les blessés.

Telles sont les mesures complémentaires que je considère comme indispensables si l'on veut donner à l'Assistance privée un rôle plus grand dans le service de l'arrière. Et je crois que l'autorité militaire aurait tort de ne pas partager cette manière de voir, justifiée par les faits et par les raisons que j'ai invoquées. A vrai dire elle l'admet en partie, puisqu'elle a publié un règlement sur le fonctionnement des hôpitaux auxiliaires des Sociétés.

(1) Voir *Progrès Médical*, 1908, p. 415, 427, 439, 466, 475.

La faute commise par les organisateurs est, suivant moi, d'avoir mal défini ce rôle, et de l'avoir borné à un service éventuel et temporaire de remplacement des hôpitaux de campagne de l'armée. Je crois, au contraire, que les formations d'arrière dévolues aux sociétés dans les zones avoisinant l'armée doivent être, au même titre que les hôpitaux temporaires du territoire, des installations durables, fonctionnant jusqu'à la fin des hostilités ; et non pas des hôpitaux de campagne, destinés à être relevés au bout d'un temps plus ou moins long.

Je vais aborder maintenant l'étude de l'organisation des hôpitaux du territoire. Elle est évidemment la partie la plus importante du rôle de l'Assistance privée, puisque l'autorité militaire lui confie presque tous les blessés évacués dans l'intérieur.

Il est utile avant tout de trancher une question.

Est il nécessaire que les différents comités de secours dépensent leurs ressources pécuniaires pour installer des hôpitaux dans leur région ? La chose vaut d'être étudiée; car j'ai entendu autrefois des membres de comités déclarer qu'ils ne donneraient pas leur argent, si l'on ne devait pas leur confier de blessés ; j'ai pu me convaincre également que, dans d'autres localités, on avait prévu la création d'établissements que l'autorité militaire n'emploierait certainement pas. Je tiens à dire qu'en fait de charité, les idées particularistes vont à l'encontre des résultats qu'on veut obtenir. Si les opinions émises par quelques-uns étaient admises, elles entraîneraient un gaspillage d'argent et de matériel bien inutile Il faut savoir, en effet, que les blessés ne seront pas envoyés indifféremment partout ; qu'on ne fera pas voyager d'un bout de la France à l'autre des malheureux dont le transport trop prolongé pourrait aggraver la blessure ; que d'autre part certaines localités n'offriront pas de ressources suffisantes pour l'hospitalisation des malades ou blessés. Voilà pourquoi il est nécessaire que toutes les bonnes volontés soient concentrées dans une main unique qui les distribuera, là où elles pourront être le plus utiles, suivant les indications de l'autorité militaire. Il faut à tout prix éviter les groupements particuliers dont l'exemple de 1870, nous a montré les fâcheux résultats !

Quelles sont donc les règles qui doivent présider à cette hospitalisation et quels sont les moyens d'y parvenir en diminuant autant que possible les frais ?

A mon avis, au point de vue de la répartition des malades et blessés dans l'intérieur, il faut admettre quatre grandes catégories :

1°) Hôpitaux pour blessés proprement dits.

2°) Hôpitaux pour malades et blessés peu gravement atteints.

3°) Hôpitaux pour contagieux.

4°) Hôpitaux pour convalescents.

Cette division me paraît utile. Il est évident, en effet, que les blessés gravement atteints seront répartis, soit, comme je l'ai dit, dans les hôpitaux avoisinant l'arrière, soit, s'ils peuvent supporter un transport plus prolongé, dans des établissements un peu plus reculés dans le territoire. Il faut aussi que les installations soient suffisantes pour que les blessés reçoivent tous les soins, ne pouvant être donnés que par un personnel très exercé et avec un outillage parfait.

Voilà pourquoi je regarde comme nécessaires les hôpitaux spéciaux, qui demanderont un entretien et des frais plus considérables. Bien au contraire, pour les blessés peu gravement atteints et pour les malades, les conditions requises pour les traiter sont moins rigoureuses et moins onéreuses. Non seulement les locaux peuvent être quelconques, pouvu qu'ils remplissent des conditions d'hygiène suffisantes, mais encore le matériel de couchage et d'entretien n'a pas besoin d'être d'un type tout à fait réglementaire et uniforme. On peut le trouver facilement sur place ou dans les contrées voisines, le faire confectionner par des artisans ordinaires.

C'est un matériel de fortune, qui n'en rendra pas moins d'excellents services.

Encore moins complète sera l'installation pour convalescents. Il leur faudra surtout la vie au grand air, dans les campagnes, avec un mode de couchage tel que celui du milieu auquel ils appartiennent ; avec une nourriture abondante et saine, mais ne nécessitant pas une variété et une préparation aussi délicates que pour des malades ou des blessés gravement atteints. Ce sont là des installations qu'il est facile d'organiser rapidement avec des objets d'usage courant ; et pour lesquels, par conséquent, il n'est pas indispensable de faire dès le temps de paix un approvisionnement complet. Je considère cette manière de voir comme méritant d'attirer l'attention des Sociétés, parce qu'elle leur permettra d'éviter des dépenses inutiles et d'employer plus d'argent pour les installations destinées à donner aux blessés les soins délicats dont dépendent leur vie et leur intégrité fonctionnelle.

ANALYSES

Colloïdes. Recherches sur l'action des métaux colloïdaux électriques dans quelques infections; par M. le docteur Julio Aparicio. (Thèse de Bogota (Colombie), août 1908.)

Le docteur Julio Aparicio, de Bogota, a consacré sa thèse inaugurale à une revue d'ensemble de l'action thérapeutique des ferments métalliques dans quelques infections. Ce travail constitue une mise au point de la question, et l'auteur — ainsi qu'il prend soin de le faire observer — a mis à profit la littérature scientifique si abondante qui, depuis quelques années, traite avec détail de l'action de ces nouveaux agents médicamenteux. Cependant, M. J. Aparicio apporte des faits expérimentaux qui lui sont personnels et que nous ne pouvons passer sous silence.

Tout d'abord, l'auteur, après avoir discuté la question de la stabilisation des métaux colloïdaux électriques et avoir conclu en sa faveur, précise la préparation dont il s'est servi dans ses expériences. « Nous avons employé dans nos recherches, dit-il, les solutions préparées par les *Laboratoires Clin*, lesquelles ont toutes les qualités requises pour être injectées et avec lesquelles nous avons obtenu de bons résultats ».

Pour en étudier l'action préventive, M. Aparicio s'est adressé à l'Electrargol. Il prit des souris blanches de grosseur et de poids sensiblement égaux, à l'une d'elles, il injecta 1 cc. d'Electrargol et il conserva l'autre comme témoin ; six ou huit heures après, les deux animaux reçurent une certaine dose d'une culture pure de pneumocoque. Le témoin mourut peu d'heures après, tandis que l'animal injecté avec l'Electrargol guérit. L'expérience répétée avec une culture plus virulente donna un résultat positif et l'animal injecté à l'Electrargol eut une survie de quelques heures sur le témoin. Après avoir étudié les propriétés biologiques générales des métaux colloïdaux (action sur le sang, sur la température, pouvoir antiseptique, etc.), l'auteur s'occupe de l'Electrargol dans les différentes maladies infectieuses et cite les travaux de Gaillard, Iscovesco, Chirié et David, Monnier-Vinard, Carrieu, Prof. Charrin, etc. Enfin, M. Aparicio insiste sur deux cas de septicémie puerpérale dont il a recueilli les observations ; l'une dans le service du Dr Uricocchea, l'autre auprès du Dr Bermudez, et dans lesquelles, les injections donnèrent d'heureux résultats. L'auteur insiste ensuite sur sa technique. « Pour les injections, écrit-il, nous avons employé la préparation connue sous le nom d'Electrargol. La voie intra-veineuse nous a paru supérieure à la voie intra-musculaire ; cette dernière doit être préférée dans les cas de peu de gravité et pour lesquels il est souvent difficile de pratiquer les injections intra-veineuses. »

La première injection intra-veineuse est la seule qui ait produit une réaction thermique accentuée et un frisson chez les malades traités, et dans la suite le seul phénomène observé fut l'élévation de la température mais moins marquée que dans le premier cas. Cette élévation de température a atteint quelquefois jusqu'à 1° ; elle commence une heure après l'injection et atteint son maximum au bout de deux heures. Le frisson, qui est souvent intense, se produit en même temps que commence l'élévation de température et ne dure jamais plus de quinze minutes. Ces phénomènes sont accompagnés quelquefois d'une crise

urinaire, dans laquelle l'auteur a noté une augmentation considérable de l'acide phosphorique, de l'urée (un cas), de l'acide urique (3 des cas observés). Pour plus ample informé, nous reproduisons d'ailleurs ci-dessous quelques observations rapportées dans le mémoire de M. Aparicio.

Observation I. — *Broncho-pneumonie.* N. N., 35 ans. Antécédents héréditaires sans importance. Antécédents personnels : a souffert d'un traumatisme de la poitrine quelque temps auparavant.

Le 28 mars débute une broncho-pneumonie localisée au sommet du poumon droit avec température élevée.

1er jour. Matin : T. 39°4, P. 124, R. 34. — Soir : T. 39°6. On fait une injection intra-veineuse de 5 cc. d'électrargol.

2e jour. Matin : T. 38°6, P. 114, R. 28. — Soir : T. 38°4, R. 38.

3e jour, Matin : T. 38°8, P. 120, R. 34. — Soir : T. 39°6. Nouvelle injection de 5 cc.

4e jour. Matin : T. 38° 4, P. 130, R. 38. — Soir : T. 39°4.

Le malade reçoit 10 cc. en injection intra-veineuse.

5e jour. Matin : T. 38°4, P. 130, R. 42. — Soir : T. 37°4, P. 128, R. 40.

6e jour. Mat. : T. 38°8, P. 120, R. 30. — Soir : T. 39°2, P. 120, R. 133.

7e jour. Matin : T. 39°2, P. 120, R. 48. — Soir : T. 38°, P. 118, R. 40. — On fait la dernière injection de 10 cc. dans la matinée de ce même jour.

8e jour. Matin : T. 37°4, P. 102, R. 36. — Soir : T. 37°4, P. 102, R. 44.

9e jour. Matin : T. 37°, P. 100, R. 36. — Soir : T. 37°, P. 93, R. 30.

On voit dans cette observation que l'injection a été suivie d'un abaissement de la température qui s'est manifesté dans la matinée du lendemain. Lorsqu'on cesse l'injection pendant quelques jours, la température s'élève aussitôt. Au début, les défervescences étaient de très courte durée, ce qui est d'accord avec ce que Robin a observé dans la pneumonie, c'est-à-dire que, lorsque le traitement est commencé au début de la maladie, la chute de la température dure très peu.

Observation II. — *Pneumonie lobaire.* Fortunato Gonzalez, 24 ans, né à Duitama, célibataire, charretier de profession. Il entre à l'hôpital le 31 mai 1908.

Il présente un foyer de pneumonie au sommet du poumon gauche. Antécédents alcooliques très marqués. Nous l'avons vu le lendemain de son entrée. Dyspnée violente. Respiration : 40 par minute. Toux avec expectoration sanguinolente. Facies anxieux. Pouls faible.

Matin : T. 40°, P. 132, R. 40. — Soir : T. 40°, TP. 140, R. 40.

En dehors du traitement habituel déjà commencé, nous décidons de faire des injections d'électrargol. Nous prélevons auparavant un peu de sang pour suivre l'action du médicament sur les globules blancs Nous trouvons avant l'injection 14.663 globules et 19.375 après.

L'injection a été faite à 4 heures de l'après-midi à la dose de 5 cc. par la voie intra-veineuse. Elle fait monter la température de 0°2 sans frissons préalables. La maladie est au 5e jour de son évolution.

6e jour. Matin : T. 38°2, P. 128, R. 33. — Soir : T. 38°6, P. 124, R. 33.

Injection intra-musculaire de 3 cc., sans réaction.

7e jour. Matin : T. 38°6, P. 120, R. 36. — Soir : T. 38°8, P. 132, R. 32.

8e jour. T. 38°8, P. 132, R. 36. Le pouls, bien que fréquent, est plus fort, l'état général relativement satisfaisant. Le sang a disparu des crachats, mais ils sont purulents ; les signes physiques ne se modifient pas. Injection intra musculaire de 8 cc.

T. 39°, P. 132, R. 40 (soir). La dyspnée n'est pas améliorée.

9e jour. Matin : T. 39°, P. 128, R. 40. — Soir : T. 38°8, P. 132, R. 40.

Le pouls continue à être aussi fréquent qu'auparavant ; la dyspnée ne cède pas. L'expectoration est plus facile, mais très purulente. Injection de 6 cc.

10e jour. Matin : T. 38°6, P. 124, R. 36. — Soir : T. 38°6, P. 124, R. 42.

11e jour. Matin : T. 38°, P. 120, R. 36. — Soir : T. 37°7, P. 120, R. 40.

L'état général s'améliore chaque jour, mais très lentement. Crachats purulents.

12e jour. Matin : T. 37°, P. 100, R. 36. — Soir : T. 38°5, P. 110, R. 36.

13e jour. Matin : T. 37°5, P. 102, R. 32. — Soir : 38°, P. 104, R. 38.

Nous faisons une nouvelle injection intra musculaire d'Electrargol.

14e jour. : T. 37°, P. 104, R. 36.

Pas de fièvre, mais le pouls continue à être un peu fréquent. Nous examinons à nouveau le malade, nous lui trouvons un épanchement pleural. pas très abondant, n'occupant que la base.

Le malade est repris de fièvre. La température oscille entre 37°5 et 37°8. Il a plusieurs vomissements et élimine ainsi une assez grande quantité de pus.

Cette observation nous montre une action très efficace du médicament sur la température ; mais, telle était la gravité du cas, que nous croyons que sans ce traitement le malade serait mort. Si la température n'est pas revenue à la normale, elle est du moins bien descendue et on peut remarquer un notable abaissement de température après l'injection, surtout après les deux premières. La rare résistance qu'a présentée le malade est peut-être due à l'électrargol. Le malade continue à venir à l'hôpital.

Observation III. — *Pneumonie.* Guillermo Porras, 19 ans, né à Palmira, maçon. Entre à l'hôpital le 31 mai 1908. Présente une pneumonie qui comprend les 2/3 inférieurs du poumon droit. Souffle tubaire, râles crépitants, etc., début par un frisson très intense et douleurs des côtes très fortes. Nous l'examinons le lendemain au 4e jour de la maladie.

Matin : T. 38°5, P. 100, R. 40. — Soir : T. 40°, P. 140, R. 50. Forte dyspnée. Le malade est cyanosé.

Nous décidons d'appliquer le traitement par l'Electrargol, mais avant de faire la première injection, nous prélevons du sang, avec notre ami le docteur Jorge Martinez, préparateur au laboratoire des cliniques, afin de voir les modifications qu'apporterait l'Electrargol sur les leucocytes. Nous trouvons un chiffre de 22.723. Ils sont donc très augmentés, ainsi qu'il arrive souvent dans cette affection. Nous faisons au malade une injection intra-musculaire de 10 cc. d'Electrargol ne produit aucune réaction immédiate.

5e jour. Matin : T. 38°, P. 112, R. 36. — Soir : T. 39°2, P. 112, R. 36.

L'injection a été suivie de sueurs profuses et d'une abondance émission d'urine, élimination d'une grande quantité de phosphates : 8 grammes par litre. Il est fait une nouvelle injection de 10 cc. qui, comme la précédente, ne provoque aucune réaction immédiate.

6e jour. Matin : T. 36 P. 80, R. 28. Le malade a une crise dans la nuit du 5e au 6e jour avec sueurs abondantes et forte miction. L'urine traitée par l'acide nitrique donne un dépôt de nitrate d'urée, qui, d'après Robin, indique une quantité d'urée supérieure à 40 grammes, dans l'urine de 24 heures. Examen du sang avant et après l'injection : Avant. Nombre de globules blancs : 22.723. Deux heures après l'injection : 26.381. Augmentation ; 3 .638.

Formule leucocytaire.

Avant l'injection.		Après l'injection.	
Polynucléaires	80	Polynucléaires	75.3
Grands mononucléaires.	10.6	Grands mononucléaires	13.6
Lymphocytes	5	Lymphocytes	5
Golbules de transition	2.4	Globules de transition	3
Eosinophiles	2	Eosinophiles	3
	100.0		99.9

Donc, il se produit une leucocytose marquée, et une diminution des polynucléaires, avec augmentation de toutes les autres formes à l'exception des lymphocytes dont le nombre reste le même.

Observation. IV. — *Pneumonie.* Concepcion Ramirez, 24 ans, née à Ubaque, domestique. Antécédents personnels : est restée dans la salle externe neuf mois, pendant lesquels, elle eut six abcès froids. Elle est sortie de l'hôpital depuis huit jours, quand elle y rentre avec une pneumonie des 2/3 inférieurs du poumon gauche. Souffle tubaire, râles crépitants, etc.

2e jour. Matin : T. 39°6, P. 132, R. 24. — Soir : T. 40°, P. 132, R. 32.

On lui administre une potion à base de digitale et des expectorants.

3e jour. Matin : T. 39°2, P. 130, R. 36. — Soir : T. 39°9, P. 136, R. 36

4e jour. Matin : T. 39°6, P. 130, R. 32. — Soir : T. 40°. P. 130, R. 32.

On fait une injection intra-veineuse de 6 cc. d'électrargol, qui fait monter la température à 40°, et le pouls à 136. A l'intérieur, on continue les mêmes remèdes.

5e jour. Matin et soir : T. 39°8, P. 136, R. 40.

Nouvelle injection intra-musculaire de 10 cc. Aucune réaction immédiate.

6e jour. Matin : T. 38°6, P. 130, R. 32. — Soir : T. 39°4, P. 134, R. 40. Injection intra-musculaire de 0 cc.

7e jour. Matin : T. 38, P. 140, R. 40. — Soir : T. 38°, P. 120, R. 30.

8e jour. Matin : T. 36° 1/2, P. 88, R. 30. La maladie est terminée et il

est à remarquer que le pronostic était très grave en raison de l'état d'épuisement où se trouvait la malade à cause de sa tuberculose.

Pour terminer cette revue analytique, rapide de la thèse de M. Aparicio, voici les conclusions auxquelles il est conduit : 1° Les métaux colloïdaux (Electrargol, etc.), peuvent rendre des services importants dans le traitement de quelques maladies infectieuses.

2° Les injections intra-musculaires de ces substances sont suffisamment actives à moins que les circonstances exigent d'agir rapidement ; dans ce cas la voie intra-veineuse est préférable.

3° Les injections ne sont pas douloureuses et ne laissent pas de nodosités, leur application est parfaitemnet inoffensive sauf les dangers qui se réfèrent aux injections en général.

4° Les métaux colloïdaux doivent s'employer avec les autres médications que nécessitent les divers symptômes de la maladie. Le Collargol peut être également utile dans le traitement de quelques infections mais on doit l'appliquer en injections intra-veineuses.

5° Nous n'avons pas étudié lequel des deux produits, électrargol ou collargol, est supérieur à l'autre, mais l'application du premier est beaucoup plus facile puisqu'on peut employer toutes les voies pour son introduction, tandis que le second est seulement actif en injections intra-veineuses et celles-ci, comme l'on sait, ont leurs dangers.

6° Les doses employées sont de 5 cc. d'électrargol en injections intra-vieneeuses et de 10 cc. en injections intra-musculaires.

BIBLIOGRAPHIE

La lutte contre la prostitution, par R. Decante, juge au Tribunal civil de Châteaudun, membre correspondant de la Société de Médecine légale de France. Récompensé par l'Académie des sciences morales et politiques. — Préface par H. Turot, Conseiller municipal de Paris. — Un volume in-18 de l'Encyclopédie internationale d'Assistance, de Prévoyance, d'Hygiène sociale et de Démographie. Paris, V. Giard et E. Brière, éditeurs ; relié toile : 4 fr.

Le livre que M. Decante présente au lecteur dans l'Encyclopédie de prévoyance et d'hygiène sociales emprunte un intérêt spécial à l'évolution profonde marquée par les travaux de la Commission extra-parlementaire dans la lutte contre la prostitution. On sait que la majorité de cette assemblée, réprouvant les mesures d'exception établies contre les prostituées depuis les civilisations grecque et romaine, s'est inspirée, dans son projet, des doctrines de l'école abolitionniste. Il est donc permis de penser que le régime des mœurs sera incessamment, en France, l'objet d'un bouleversement radical dont il importait d'apprécier l'opportunité et de prévoir les effets, en s'inspirant des leçons du passé et en se livrant à une enquête approfondie sur la prostitution à l'heure présente.

Cette étude critique a été traitée avec ampleur dans l'ouvrage de M. Decante. La partie historique, étayée de documents d'un vif intérêt ,retrace consciencieusement la genèse de la réglementation actuelle depuis Solon, le créateur des dictérions, jusqu'à la codification définitive des lieutenants de police ; l'examen du régime en vigueur dans son application et ses abus est appuyé de nombreux éléments de législation comparée ; le juriste s'y attarde complaisamment à discuter la légalité même des procédés employés et nous amène logiquement à conclure à la suppression d'un système qui repose sur l'arbitraire.

C'est alors que, dans une troisième partie, qui domine et justifie son livre, l'auteur aborde avec netteté les grands problèmes sociaux soulevés par la question si grave et si complexe de la prostitution. L'étiologie et la critique des systèmes adverses qui ont divisé les esprits sur cette matière forment le préambule naturel du commentaire des réformes pratiques apportées par la Commission. Mais les conclusions de l'ouvrage, dépassant la portée des résultats acquis, appellent des répressions plus radicales et esquissent les réformes sociales dont on doit attendre le remède.

Cette intéressante étude se présente sous le patronage d'une magistrale préface de M. Henri Turot, si qualifié par ses travaux à la Commission extraparlementaire et au Conseil municipal de Paris pour appuyer de son autorité cet essai d'une législation meilleure. G. M.

Bibliothèque de physiologie ; par G. Marinescq, professeur de clinique des maladies nerveuses à l'Université de Bucarest. La cellule nerveuse, 2 volumes in-18 jésus, cartonnés toile, formant 1150 pages, avec 252 figures dans le texte. Prix : 10 francs. (Chez O. Doin et fils, éditeurs, Paris.)

Cet ouvrage en deux volumes représente la monographie la plus complète qu'on ait écrite sur la cellule nerveuse à l'état normal et pathologique. Le premier volume, de 5?0 pages et contenant 90 figures dans le texte traite de la morphologie et de la structure fine des éléments constitutifs de la cellule nerveuse et de leurs connexions. Tour à tour. l'auteur étudie la morphologie et le volume du corps cellulaire, les éléments chromatophiles, les neurofibrilles ainsi que leurs connexions interneuronales. Il donne une attention toute spéciale à la structure du noyau qui varie d'une espèce à l'autre, et ce livre contient une discussion serrée sur l'existence et la signification des réseaux et des anastomoses et montre à l'aide de faits indiscutables que les théories de Apathy, Bethe et Nissl ne sont pas conformes à la réalité. La question des canalicules et des inclusions cellulaires, du centrosome, des pigments colorés et colorables et celle du réseau spécial décrit par lui dans la région pigmentée sont traitées avec beaucoup de détails et l'auteur apporte un riche contingent de documents personnels.

L'embryologie de la cellule nerveuse. le développement des éléments chromatophiles et des neurofibrilles. de même que celui du noyau, constituent différents chapitres traités aussi complètement que l'ont permis les connaissances acquises. On peut poursuivre l'évolution de la cellule nerveuse dès ses premières phases de différenciation jusqu'à son évolution. Dans les derniers chapitres traitant de la physiologie de la cellule nerveuse, l'auteur s'occupe du rôle de chaque élément qui la constitue et de ses modifications histologiques dans les différents états fonctionnels : repos, activité, fatigue. Le dernier chapitre a pour sujet la théorie de l'amiboïsme nerveux et la plasticité des neurones. A l'aide de recherches personnelles, l'auteur montre que la cellule nerveuse et ses prolongements, des éléments fixes, possèdent cependant la propriété de réagir par des formations plastiques variables et que par conséquent le neurone n'est pas figé dans une forme définitive. La morphologie de la cellule ner euse. ainsi que l'auteur le dit très bien, est conditionnée par une sorte d'equilibre entre son protoplasma et le liquide dans lequel elle baigne.

Le second volume, ayant plus de 600 pages et 162 figures, est consacré à la cytopathologie. On y trouve l'exposition des phénomènes de réaction. de réparation et d'atrophie du cytoplasme et du noyau provoqués par la section, la résection et l'arrachement de l axone des neurones moteurs et sensitifs. L'auteur met en parallèle les lésions consécutives aux sections des nerfs avec les lésions anatomo-pathologiques consécutives aux altérations des nerfs. Il expose les phénomènes de dégénérescence et de régénérescence survenus dans les nerfs séparés de leur centre trophique à l'aide de documents personnels qui éclairent d'un jour nouveau le mécanisme intime du trophisme Les chapitres affectés aux changements morphologiques provoqués par la variation de la pression osmotique, aux phénomènes si singuliers de formation de fibres nerveuses et de plexus péricellulaires réalisés par la compression expérimentale des ganglions sensitifs et sympathiques méritent une attention toute spéciale. Puis l'auteur étudie les lésions directes des cellules nerveuses réalisées par les agents traumatiques, thermiques (hyperthermie, insolation, action du froid, hibernation), par les agents toxiques, tels que la rage, ceux d'origine alimentaire. l'inanition, l'anémie et par l'action combinée de certains agents nocifs tels que la strychnine, la morphine, chloral, etc. Enfin, deux derniers chapitres, dont l'un sur la neuronophagie et l'autre sur les lésions cadavériques de la cellule nerveuse, terminent le livre qui est précédé d'une préface du célèbre professeur espagnol Ramon y Cajal qui le présente d'une façon très élogieuse au public médical. A la fin du second volume est attaché un index bibliographique le plus complet qui existe actuellement sur ce qui concerne la cellule nerveuse à l'état normal et pathologique. G. M.

Faculté de médecine de Paris.

du 15 au 20 mars 1909

EXAMENS DE DOCTORAT.

Lundi 15 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Proust et Branca. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Déjerine et Legry. — M. Zimmern, suppléant. 5e chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* ; MM. Hartmann, Gosset et Lecène ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 16 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Ricard et Thiéry. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique ; MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt. 4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant. 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité*, (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Alb. Robin, Gouget et Jeanselme ; — M. Nobécourt, suppléant.

Mercredi 17 *mars*, à une heure. — Dissection. *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry. 3e (oral, 2e partie) ; MM. Brissaud, Pierre Marie et Marcel Labbé ; — M. Macaigne, suppléant.

Vendredi 19 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Branca. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez. 2e : MM. Gariel, Langlois et Mulon ; — M. André Jousset, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) ; MM. Delbet, Proust et Ombredanne ; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Lecène ; — M. Marcel Labbé, suppléant. (5e obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie : MM, Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 20 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Lenormand. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Nicloux et Brumpt. 2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard. 4e MM. Chantemesse, Richard et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant. 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re série) : MM. Hutinel Rénon et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Claude et Castaigne. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie): MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 17 *mars* 1909, *à une heure*. — M. BÉRANGER. Valeur séméiologique des plaques commissurales de leucoplasie dans la recherche de la syphilis. (MM. Gaucher, président ; Segond, Ombrédanne et Zimmern) — M. JONQUIÈRES. Traitement des nævi vasculaires, des nævi pigmentaires et des chéloïdes par le radium. (MM. Gaucher, président ; Segond, Ombrédanne et Zimmern.) — M. VELUET, L'aspect radiographique des spina-ventosa. (MM. Segond, président ; Gaucher Ombrédanne et Zimmern).

Conférences de pathologie externe. — M. P. DUVAL, agrégé, a commencé ces conférences le lundi 8 *mars* 1909, à 5 heures (Grand Amphithrâtre, de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et ludis suivants, à la même heure.

Programme du cours : *Maladies chirurgicales des membres* ; *maladies chirurgicales des organes génito-urinaires de l'homme,*

Clinique chirurgicale. — M. le professeur PIERRE DELBET a commencé à l'hôpital Necker son cours de clinique chirurgicale, le mardi 9 *mars* 1909, à 9 h. 1 /2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, àl a même heure.

Physique biologique. — M. le professeur GARIEL a commencé le Cours de Physique biologique le vendredi 5 *mars* 1909, à 4 heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La sensation sonore ; phénomènes acoustiques de la phonation et de l'audition. Etude optique de la vision ; instruments d'optique utilisés en physiologie et en clinique Etude des principes et des appareils qui sont utilisés dans l'électrodiagnostic et l'électrothérapie, radiologie, radiothérapie.

Ce cours est destiné aux élèves de 1re et 2e année.

Faculté de médecine de Bordeaux

Année scolaire 1908-1909. (Thèses.)

1. MM. Aubert. Tuberculose et mariage. — De Fayard. Des eaux minérales de l'Ile de la Réunion. — Denoeux. La hernie crurale chez l'enfant. — Maillé. Les troubles psychiques chez les parkinsonniens. — Fournier. De l'étalement du voile dans la staphylorraphie. — Coste. L'ostéomyélite de l'astragale. — De Reilhan. De la syndactylie et de l'électrodactylie congénitales. — Dijonneau. L'assistance médicale aux pêcheurs de Terre Neuve et d'Islande. Les œuvres de mer et les navires-hôpitaux. — Bideau. La subluxation spontanée progressive du poignet — Fournier. Contribution à l'étude des exostoses de l'omoplate.

11. MM. Zellmeyer. De la tuberculose de l'ischion et de la branche ischio-pubienne. — Rouzoul. Canulards et trachéoplastie. — Bertaud. De la kératite neuro-paralytique de la syphilis. — Guérive. Le sulfate d'hordénine en thérapeutique. — Parcelier. De la prostatectomie transvésicale totale. — Couvrat-Desvergnes. L'électrargol. — Motais. De la recherche des blessés sur le champ de bataille. — Heurtaud. — De l'étranglement herniaire dans les deux premiers mois de la vie. — Certain. Abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens. — Maupetit. Etude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué.

21. MM. Laurent. La tuberculose dans les équipages de la flotte. — Chauviré. L'habitation entre les tropiques. — Riquier. L'urine après la rachistovaïnisation. — Marsaud. Quelques cas de latéroposition du corps utérin gravide. — Caillet. De la simulation des troubles mentaux chez les criminels. Ses rapports avec la dégénérescence. — Devillechabrolle. Des invaginations appendico-cæcales. — Roussy. Les mélancoliques homicides. — Gayrard. Etude de la trichophytie chronique des paumes et des plantes. — Fargeot. De l'hématurie dans certains cas d'hydronéphrose. — Pinard. Des anastomoses avec l intestin. Des voies biliaires principales dans les pancréatites chroniques.

31. MM. Enault. L'œuvre des enfants abandonnés ou délaissés de la Gironde. Hygiène sociale. — Prat. Considérations sur l'hygiène à Toulon et particulièrement sur l'assainissement de cette ville. — Molinier. La réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La rhino-réaction. — Mouchet. L'ulcus rodens chez les jeunes gens. — Fournier. Le scorbut dans la marine et particulièrement chez les pêcheurs de Terre-Neuve. — Féret. Du paludisme aigu à bord des navires desservant la côte occidentale d'Afrique. — Rouvier. De la méningite cérébro-spinale particulièrement dans la garnison de Toulon, 1909-1908. — Tardin. De la tuberculine dans le traitement des tuberculoses oculaires atypiques. — Combauden. Des lésions inflammatoires du fond de l'œil consécutives aux contusions en apparence légères du globe oculaire. — Borel. Des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux.

41. MM. Bouty. Des malformations ano-rectales chez l'homme et chez les animaux. — Lepeuple. De l'assistance aux aliénés criminels. — Morisson. Du céphalématome. — Rouché. Etat actuel des services d'identification judiciaire. Du choix d'un service international. — Morin. Des acroparesthésies. — Hesnard. Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique (étude de psychologie clinique). — Bizelier. Le diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie. — Riou-Kérangal. Traitement des gerçures du sein par le bleu de méthylène. — Jean. Le vêtement entre les tropiques. — Lafargue. Action des rayons X sur l'œil.

51. MM. Guilguet. La démence précoce constitutionnelle, — Goudy. Syphilis post-conceptionnelle. — Branger. Des variations de volume du foie dans le régime lacté exclusif. — Rey. Le traitement de la scoliose par la reptation. — Le Page. Recherches sur l'anatomie comparée de la gouttière lacrymo-nasale et du sac lacrymal des mammifères. — Gessen. Rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire. — Corson. Etude médico-légale du diabète traumatique. — Veillet. Essai sur les rapports de l'hystérie et des psychoses toxiques. — Fournis. De la fulguration dans le traitement des néoplasmes. — Lucas. De la radiothérapie des sarcomes.

61. MM. Gambier. Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés. — Consiroles. Les voies d'accès latérales du larynx postérieur du sinus piriforme, du pharynx inférieur et de l'entrée de l'œsophage. — Raymond. L'alimentation aux pays chauds. — Polack. Des agénésies rénales. — Piéchaud. De la contracture ischémique de Volkmann. — Laurent. Des abcès par rétention septique dans les épididymites blennorragiques. — Baisez. De la percussion vertébrale auscultée. — Bauchet. L'hyperphalangie des doigts et principalement du pouce. — Lessouarn. Des verres colorés. — D. Péré. De la conduite à tenir dans les cas de rupture du pédicule vasculaire du rein.

71. MM. Isaac. Moyens de protection du médecin contre les rayons X. — Goett. De l'hypothyroïdie, en particulier la céphalée thyroïdienne.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les pratiques physiques aux eaux minérales (1);

Par le Dr Jean HEITZ
Ancien interne des hôpitaux,
Médecin consultant à Royat.

Messieurs,

M. le Professeur Gilbert m'a fait l'honneur de me charger d'exposer devant vous la façon dont doit être comprise la physiothérapie dans les stations thermales.

Nous devons faire rentrer dans ce cadre, à la fois les applications externes de l'eau minérale, dans ses modes les plus divers, et les pratiques physiques annexes, telles que l'électrothérapie, le massage, la gymnastique suédoise, la mécanothérapie, autant que ces pratiques apparaissent comme réellement utiles pour compléter les effets de la cure thermale.

Il y a un très grand intérêt à multiplier les installations physiothérapiques dans une station thermale, et je ne saurais mieux faire à ce propos que de relire devant vous les lignes écrites il y a plus de 40 ans, par le père de l'hydrologie française, par Max Durand-Fardel :

« L'action des eaux minérales dépend en grande partie de leurs modes d'administration. Plus on modifie ces derniers et plus on ajoute à leurs propriétés thérapeutiques, plus on étend le champ des indications auxquelles les eaux peuvent satisfaire ».

Et il ajoutait : « La valeur d'un établissement thermal se mesure surtout par la multiplicité des moyens mis à la disposition du médecin pour réaliser les indications qu'il poursuit. »

Il ne faudrait pas tomber cependant dans un excès qui pourrait avoir des inconvénients à la fois pour la station et pour le malade.

Il peut y avoir danger pour la station à ce que son indication principale, sa spécialisation au sens où l'entend le Pr Landouzy, soit obscurcie devant le monde médical par des installations trop complètes. Il ne faut pas en effet que des médecins soient tentés d'envoyer dans une une station pour y suivre un traitement mécanothérapique ou électrique, des malades atteints d'affections contre lesquelles les eaux ne possèdent qu'une influence douteuse.

A un autre point de vue, il peut y avoir danger pour le malade, auquel le médecin de la station se laissera parfois entraîner à appliquer, pendant cette cure de 3 à 4 semaines qui devrait être une cure de repos, des médications trop nombreuses. Il en résulterait un réel surmenage au détriment de l'effet total de la cure thermale.

*
**

Je vous rappellerai en quelques mots, messieurs, comment se sont développées dans nos principales stations thermales les différentes pratiques physiques. Vous n'ignorez pas que sur ce point comme sur bien d'autres, l'antiquité romaine avait atteint à un degré de perfection qui n'a été dépassé que sur quelques points. Les ruines des établissements de Néris, de Royat, du Mont-Dore parlent éloquemment en faveur du luxe et du confort qui devaient y régner. Quelques détails nous montreront la science des architectes et des thérapeutes romains.

C'est ainsi que les piscines de l'établissement romain de Royat, mises au jour il y a quelque vingt ans, étaient situées très en contre-bas du lieu d'émergence des sources, de manière à recevoir, sous une pression d'une dizaine de mètres, de l'eau s'écoulant par sa seule pesanteur depuis le griffon, sans avoir à être pompée ni à être refoulée. Et sur ce point les édiles romains étaient d'accord avec les dernières prescriptions de la science hydrologique qui ne cesse de demander que l'eau thermale soit employée autant que possible au voisinage immédiat et en contre-bas de la source, à sa température et avec sa radio-activité natives « sans que la main de l'homme ait à la modifier de quelque manière que ce soit » (Landouzy).

Au point de vue cliniques de leurs connaissances, elle est réellement suggestive, cette phrase retrouvée par M. Landouzy dans les écrits de Sidoine Apollinaire, évêque de Clermont au Ve siècle : En parlant des eaux du Mont-Dore, il les dit « aquæ phtisiscentibus mirabiles » : eaux merveilleuses chez les débutants dans la phtisie.

Après la chute de l'empire romain, toutes ces installations disparurent, et ce n'est qu'à la Renaissance que les eaux minérales recommencèrent à être exploitées en France dans des conditions bien modestes, si l'on en juge par la baignoire en sous-sol, encore conservée à Bourbon-l'Archambault, où Madame de Montespan faisait une cure qui attirait vers cette station tout l'entourage du grand roi.

Dès cette période, cependant, le *bain* n'était plus la seule pratique physique usitée aux eaux minérales, si l'on en juge par cette lettre que Madame de Sévigné datait de Vichy le 4 juin 1676 :

« J'ai enfin achevé aujourd'hui ma *douche* et ma *suerie*. Je crois qu'en huit jours il est sorti de mon pauvre corps plus de vingt pintes d'eau. La douche et la suerie sont assurément des états pénibles, mais il y a une certaine demi-heure



Fig. 1. — Après le bain carbo-gazeux de Royat, le malade, ramené en chaise à porteurs, s'arrête pour boire à la source avant d'arriver à sa chambre où il s'étendra une heure.

où l'on se trouve à sec et fraîchement. C'est un endroit délicieux. »

L'*aspiration* ne semble pas avoir été employée avant le début du XIXe siècle. Michel Bertrand, le créateur du Mont-Dore, rapporte qu'il en eut l'idée en voyant de pauvres asthmatiques soulagés lorsqu'ils aspiraient la vapeur qui s'échappaient du bain. Ce dernier pris à haute température constituait alors, avec la boisson, le seul mode de traitement du Mont-Dore.

A Aix, on pratiquait depuis longtemps, sous la douche chaude, abondante et prolongée, une friction des articulations malades et douloureuses. Un des médecins qui avaient accompagné Bonaparte en Egypte, le Dr Daquin, eut l'idée d'y substituer le massage dont il avait appris la technique au Caire. Un écrit de 1826 nous montre dans cette station « deux doucheurs dirigeant l'eau avec de longs tubes en forme de cornets sur les diverses parties du corps du malade pendant qu'ils en frictionnent et qu'ils en massent les chairs ».

Au cours de ces vingt dernières années, de nombreux et incessants perfectionnements ont été apportés aux pratiques des stations thermales. Je vous citerai seulement l'adjonction du massage à la cure de bains de Bagnoles-de-l'Orne, adjonction qui a considérablement augmenté les excellents résultats de cette cure chez les sujets porteurs de suites de phlébites.

Dans différentes station de l'étranger, et en France à Royat,

(1) Conférence de Physiothérapie faite à la Faculté de Médecine, sous la direction du Pr Gilbert, le 4 février 1909.

on a su utiliser l'acide carbonique de l'eau jaillissante pour réaliser, une gamme étendue de *bains carbo-gazeux naturels* au grand bénéfice des malades cardiopathes ou des hypertendus.

Sans entrer dans le détail de ces installations, ce qui dépasserait le cadre de cette leçon, je vais faire passer devant vous une série de projections dont les clichés m'ont été obligeamment fournis par quelques-unes de nos grandes stations thermales.

***

Les *bains* sont donnés, aux eaux minérales, suivant des modes qui diffèrent avec la température de l'eau, sa minéralisation, sa radio-activité forte, faible ou nulle, enfin selon les effets que l'on désire en obtenir. Vous connaissez le *bain salé*, tel qu'il est administré à SALIES, à BRISCOUS-BIARRITZ : il contient en moyenne 250 gram. de sel par litre lorsqu'on emploie l'eau minérale naturelle, plus encore lorsqu'on y ajoute progressivement (quelques bains simples déjà donnés), une certaine proportion d'eaux-mères. Vous avez certainement entendu parler des effets reconstituants qui résultent de l'excitation cutanée par ces bains pris en série, chez les enfants scrofuleux, chez les femmes fibromateuses épuisées par leurs hémorrhagies mensuelles.

Le bain de NÉRIS mérite une mention spéciale, vu le dispositif que l'on emploie pour pouvoir, sans fatiguer le malade, le maintenir une heure, deux heures et plus, au contact de l'eau radio-active. On se sert pour cela d'un hamac qui plonge dans la baignoire et grâce auquel les grands nerveux que l'on soigne dans cette station peuvent, sans aucun effort musculaire, recueillir l'influence sédative si manifeste des bains sur leur éréthisme (douleurs, contractures, etc.).

Je passerai rapidement sur le bain de BOURBON-LANCY, si utile chez les convalescents de rhumatisme articulaire aigu, bains donnés avec de l'eau hyperthermale plus ou moins refroidie et dont on localise l'action sur la jointure encore douloureuse par la *douche sous-marine*, donnée dans le bain même à une température un peu plus élevée, la lance restant distante du point visé et séparée de lui par une épaisseur d'eau de 10 centimètres qui rend son action extrêmement douce.

Le bain de la BOURBOULE, que l'on donne assez long, comme à Néris, assouplit remarquablement la peau, la blanchit chez les ichtyosiques et les psoriasiques. De plus, il calme le prurit et peut être toléré par des malades en état d'irritation cutanée aiguë et qui ne supporteraient aucune autre balnéation. J'ajoute que, par les excoriations de la peau, se fait une pénétration dans l'organisme de l'arsenic contenu dans l'eau de la Bourboule en si forte proportion (0 gr. 028 par litre).

A ROYAT, les BAINS CARBO-GAZEUX sont donnés à la température naturelle de l'eau (34° pour la source Eugénie, 30°5 pour la source St-Mart, 27°5 pour la source César), et, suivant les cas, soit avec toute la teneur en gaz qu'ils possèdent à la sortie du griffon, soit avec une puissance en gaz diminuée par le séjour dans un réservoir soigneusement clos. J'ajoute que chacun de ces bains différents peut être donné à eau courante, incessamment renouvelée, ou au contraire à eau complètement dormante, prolongés jusqu'à une demi heure, ou plus courts, au contraire, de 10 à 15 minutes.

On comprend que cette gamme si riche permette au médecin de traiter presque toutes les variétés de cardiaques ou d'artériels. Les bains les plus frais, les plus gazeux également (on sait que l'acide carbonique se dissout d'autant mieux que l'eau est plus froide), jouissent d'une action surtout toni-cardiaque, en rapport peut-être avec le nombre des petites bulles gazeuses qui revêtent le corps du baigneur d'une sorte de manteau argenté sans cesse renouvelé. Mais en même temps, ils provoquent une vaso-dilatation cutanée active, et un abaissement de la pression artérielle. La caractéristique de leur action est de déterminer cette dépression périphérique sans accélérer le cœur qui, au contraire, se ralentit régulièrement. Les bains moins gazeux et plus tièdes, tout en possédant également une certaine action toni-cardiaque sont surtout hypotensifs : on les réserve aux hypertendus et aux scléreux.

Après le bain carbo-gazeux, le sujet est ramené en chaise à porteur jusqu'à son lit, où il se couche une grande heure pour permettre à la circulation de reprendre doucement l'équilibre troublé.

Je tiens à vous dire quelques mots encore du *demi-bain hyperthermal* du MONT-DORE ou de CAUTERETS, où le malade supporte la température native de 40° de l'eau thermale parce qu'il n'y est plongé que jusqu'à la ceinture. La première impression est la suffocation avec élévation de la pression artérielle, puis apparaît la vaso-dilatation, très intense, sur toutes les parties immergées, pendant que le haut du corps se couvre de sueur et qu'il se produit une décongestion marquée de tout l'arbre bronchique. Lorsque le malade sort, vers la dixième minute, on trouve la tension artérielle très abaissée. Chez les malades qui ne supportent pas le demi-bain hyperthermal, on peut obtenir presque les mêmes effets décongestifs des voies respiratoires par les *bains de pieds hyperthermaux* à eau courante, que l'on renouvelle deux à trois fois dans la journée.

***

Je n'insisterai pas sur l'aménagement de la *salle d'hydrothérapie*, que vous ont rendu clair les projections de tout



FIG. 2. — Une séance de massage sous l'eau (ou douche-massage) à (Aix-les-Bains)

à l'heure. J'ajouterai seulement que les conditions de pression et de température de l'eau ne suffisent pas, non plus que la perfection du mélangeur, et qu'il faut attacher une importance considérable au choix du doucheur. Mon opinion ferme est que, pour obtenir de la douche froide, tempérée, refroidie, ou écossaise, tout ce qu'on peut en obtenir, il est nécessaire que cette douche soit administrée par un médecin, comme cela se passe à VICHY ou à DIVONNE, qui puisse constater lui-même la réaction du malade et modifier séance tenante la température ou la durée de la douche suivant les besoins.

Vous avez vu les installations de *massage sous l'eau* d'AIX, de VICHY et de ROYAT, et vous n'oublierez pas les résultats que vous en pouvez attendre chez les arthropathiques à formes subaiguës ou chroniques.

Vous avez vu comment on peut traiter les mêmes malades par les *bains de boue*, à DAX ou à SAINT-AMAND où le sujet plongé jusqu'aux aisselles dans la masse noire, onctueuse, chaude à 36°, y reste pendant une demi-heure environ pour passer ensuite à un bain tiède laveur.

Je vous ai montré l'intérieur d'une *salle d'aspiration du* MONT-DORE, avec son atmosphère saturée de vapeurs, riche en gaz carbonique, en azote et en arsenic volatilisé. Vous avez vu le curieux costume de flanelle et les sabots que revêt le malade avant d'y entrer et la chaise à porteurs qui le ramènera ensuite à son hôtel et à son lit chaudement bassiné. Cette atmosphère, qui paraît suffocante à l'entrée, soulage avec une grande promptitude les asthmatiques même en crise : le spasme inspiratoire diminue, l'expectoration devient plus facile, et à l'auscultation, après la séance, on trouve perméables et sonores des zones autrefois submates et où la respiration ne s'entendait pas. Retenez que les aspirations du Mont-Dore, associées aux demi-bains hyperthermaux et aux bains de pieds, soulagent remarquablement les asthmatiques, les emphysémateux (tuberculeux larvés dans l'immense majorité des cas), et la plupart des arthritiques qui souffrent de manifestations congestives des voies respiratoires.

A LUCHON, une médication du même ordre se donne dans des conditions très différentes. La caractéristique du *humage* est que les gaz et vapeurs exhalés de la source arrivent directement à la bouche du malade grâce à un appareil spécial. Le humage ne peut être obtenu qu'avec des eaux sulfureuses facilement altérables et qui s'oxydent au contact de l'air en dégageant de l'acide sulfhydrique et du soufre métallique en poussière fine. Le humage de LUCHON, d'AX, s'adresse aux bronchitiques chroniques et aux sujets porteurs d'inflammations chroniques du rhino-pharynx. On a pu même, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, faire parvenir les vapeurs sulfureuses au contact de l'oreille moyenne et améliorer certaines surdités.



FIG. 3. — La rotonde des bains de boue de Saint-Amand (Nord).

Je n'insisterai pas sur les *irrigations nasales*, sur les *douches nasales de gaz acide carbonique*, sur les *lavages d'estomac* ou *d'intestin* (CHATEL-GUYON, PLOMBIÈRES), sur les *douches vaginales* (LUXEUIL).

Une dernière pratique physique dérivée de l'eau minérale est le *bain de vapeur général* ou plus souvent *local* (AIX, BOURBON-L'ARCHAMBAULT) qui agit incontestablement sur les arthropathies, mais qui risque de déterminer parfois des congestions du côté des centres encéphaliques et d'élever notablement la pression artérielle en accélérant le cœur. Le bain d'*air chaud* a les mêmes inconvénients, moins prononcés. On lui préfère actuellement le *bain de lumière* dont les projections nous ont montré le dispositif. Il détermine, grâce à la ventilation continuelle qui y est faite, une transpiration profuse qui permet à l'organisme de supporter des températures dépassant souvent 100°. On les emploie beaucoup chez les rhumatisants, certains obèses et certains hypertendus, mais avec prudence, car la sudation ne se produit le plus souvent qu'après une phase transitoire d'élévation de la pression artérielle. Aussi ne doit-on jamais employer ce procédé, non plus d'ailleurs que le massage sous l'eau ou le bain de boue, chez les sujets dont on ne peut affirmer l'intégrité absolue du cœur et des artères.

***

Je ne vous répéterai pas ce qu'on vous a appris dans les leçons précédentes quant aux services que vous pouvez attendre, chez de nombreux malades chroniques, du *massage* et de la *gymnastique suédoise*. Retenez seulement, ce que vous ont montré les projections, qu'il existe à VICHY, à AIX, des *installations mécanothérapiques* complètes, et des installations plus modestes, mais suffisantes à VITTEL, à BOURBON-LANCY, à CHATEL-GUYON. Un *institut de rééducation* très suivi des ataxiques a été installé il y a six ou sept ans à LAMALOU, et à ROYAT, une piscine spéciale, sur les indications du Pr. Brissaud a été installée, application nouvelle du principe d'Archimède, pour la rééducation par la marche dans l'eau minérale.

Enfin les installations électrothérapiques de la plupart des grandes stations ne diffèrent en rien de celles que vous pouvez voir à Paris et je ne m'y arrêterais pas si la méthode d'*introduction des ions* par le courant galvanique n'avait été associée à la pratique thermale, pour le traitement des déformations et des douleurs goutteuses, sous forme de *bains hydroélectriques* locaux donnés avec des eaux riches en lithium ou en sodium (ROYAT, VICHY, etc.).

***

Je voudrais maintenant, messieurs, grouper devant vous ces pratiques physiques, de manière à vous faire la synthèse de quelques traitements complets.

Prenons un cas particulier : supposons que nous ayons à traiter, à CHATEL-GUYON par exemple, un *constipé simple par atonie intestinale*, et à côté de lui, un *constipé par spasme intestinal avec douleurs et rejet par intervalle de glaires ou de fausses membranes* dans ses garde-robes.

Vous n'ignorez pas que le mode d'administration de l'eau à Châtel-Guyon, est avant tout interne. A l'ingestion de l'eau minérale, on a voulu associer, il y a 10 ou 12 ans surtout, la pratique régulière des lavages intestinaux. Je me hâte d'ajouter qu'on en est bien revenu, des observations multiples ayant montré qu'on provoquait souvent ainsi une recrudescence des douleurs, et qu'au total les résultats se trouvaient diminués. Aussi ne donne-t-on actuellement de lavages qu'aux malades qui présentent de l'infection intestinale, ou, tout au début de la cure, chez les constipés dont l'intestin doit être préalablement déblayé.

Les différentes pratiques physiques seront administrées d'après l'état fonctionnel de la musculature intestinale. S'agit-il du spasme, on donnera des bains à eau courante avec douche sous-marine chaude sur le trajet du côlon ; chez les constipés atones, la douche froide, si elle est supportée, très brisée sur le ventre, sera au contraire plus indiquée.

Le massage sera très doux chez le spasmodique, consistant exclusivement en foulements profonds et lents et en vibrations manuelles ; on pourra y associer utilement les douches d'air chaud. Chez l'atonique, le massage sera énergique, par séances courtes et espacées (manœuvres de pétrissage associées à des frictions à la machine), et on fera bien de la compléter par des séances de mécanothérapie (grands mouvements des cuisses et du tronc, qui renforcent l'activité du psoas et de la paroi abdominale).

L'électricité enfin sera employée suivant des modes bien différents. Le courant continu arrive souvent à vaincre le spasme : lorsqu'il n'y a pas de douleurs, on y associera, selon la méthode de Delherm, la faradisation *faible* de manière à produire chez le malade une sensation de légère trémulation. Chez l'atonique, au contraire, les courants faradiques seront assez forts pour faire naître des contractions de la paroi abdominale.

Désirez-vous un autre exemple ? Supposons un cardiopathe envoyé à ROYAT pour y faire une cure de bains carbogazeux. Vous savez déjà que les bains seront donnés d'une

manière différente suivant qu'il s'agira d'un *valvulaire avec dilatation cardiaque et hypotension* ou d'un *hypertendu artérioscléreux, peut-être même angineux*.

Le massage, qui n'est d'aucune utilité au premier, pourra rendre de grands services au second, surtout le massage abdominal par effleurage, par foulements doux, par vibrations manuelles, qui provoquera la diurèse et l'abaissement de la pression. Les exercices de gymnastique suédoise, dirigés par un masseur expérimenté sous la surveillance directe du médecin, seront indiqués chez le valvulaire pendant la seconde partie de la cure, lorsque le myocarde aura déjà été tonifié par les bains : mouvements passifs des membres pour activer la circulation périphérique ; mouvements respiratoires passifs pour soulager le cœur droit ; vibrations et tapotages précordiaux pour ralentir le rythme cardiaque ; enfin mouvements actifs avec résistance progressive pour entraîner le cœur à sa fonction. Chez l'hypertendu, ces mouvements ne seront indiqués que dans certains cas particuliers et avec surveillance constante au sphygmomanomètre des réactions vasculaires. On n'emploiera jamais les machines chez les sujets affectés dans leur système cardiovasculaire.

Il est encore une catégorie de malades que l'on voit souvent à Royat et chez lesquels la cure de bains carbo-gazeux doit toujours être complétée par la gymnastique respiratoire : je veux parler des jeunes gens atteints de pseudo-hypertrophie de croissance, sujets chez lesquels, comme l'ont montré Polain et Vaquez, *le cœur est à l'étroit dans un thorax insuffisamment développé*. On peut obtenir chez ces jeunes sujets, en un mois d'exercices associés aux bains carbo-gazeux, une augmentation de tour de poitrine de 2 à 4 centimètres avec disparition presque complète des troubles fonctionnels.

Je pourrais vous montrer encore les bénéfices de la même gymnastique respiratoire, associée chez les *asthmatiques* aux demi-bains et aux aspirations du Mont-Dore. Je pourrais vous dire tout le bien que les *lithiasiques* à gros foie sensible, les *obsèses* avec hypertension portale tirent à Vichy des bains et des douches données avec intelligence lorsqu'on les associe à la cure interne, mais je préfère, en terminant, attirer votre attention sur des considérations générales de deux ordres :

Tout d'abord, n'oubliez pas que les exemples que je viens de vous donner sont purement schématiques et qu'en pratique, chaque malade a droit à un traitement spécial à son cas, et à ses réactions. Quand vous enverrez un malade aux eaux, ne liez pas le confrère auquel vous l'adressez par des instrutions trop précises. Personne ne peut savoir à l'avance comment un malade réagira à la médication thermale et il importe, dans son intérêt même, de pouvoir modifier le traitement en y associant où en développant certaine pratique physique aux dépens de telle autre dont les effets se sont montrés peu favorables.

D'autre part, ne surchargez pas le traitement thermal par des pratiques inutiles quelquefois, et qui peuvent, par leur répétition incessante, fatiguer le malade au plus haut degré. On a pu voir des cardiaques pris de crises d'asystolie à la suite de saisons carbo-gazeuses poursuivies sans repos suffisants et associées à des séances mécanothérapiques épuisantes. J'ai vu un malade revenir d'une station étrangère où l'on soigne l'entérite, ayant pris pendant 25 jours consécutifs chaque jour un bain, une douche, une application de boue sur l'abdomen, sans parler de la cure d'eau à l'intérieur. Je pus assister chez ce malade à une « crise thermale » qui dura plus de 15 jours, caractérisée par des douleurs incessantes et une irritabilité de l'intestin telle qu'aucune nourriture ne pouvait être tolérée.

N'oubliez jamais que la cure thermale doit être aussi une cure de repos, et qu'il ne faut pas, en multipliant les procédés thérapeutiques, empêcher ou dénaturer la réaction de l'organisme vis-à-vis de la médication hydrominérale.

Les hépatites infectieuses aiguës (1).

Description clinique ;

Par **Marcel GARNIER**, médecin des hôpitaux.

Le plus souvent, les symptômes hépatiques passent inaperçus au cours des maladies infectieuses ; pourtant si on a soin de les rechercher méthodiquement, on arrive toujours à trouver certains signes qui mettent en évidence l'atteinte du foie.

Signes physiques. — L'examen physique permet de reconnaître que souvent le foie est augmenté de volume. Chez 30 pneumoniques examinés à ce point de vue, MM. Gilbert et Grenet ont trouvé dans 10 cas le foie plus volumineux que normalement ; le bord inférieur dépassait nettement les fausses côtes, et était de plus légèrement sensible à la pression ; cette augmentation de volume n'apparaît que le troisième ou le quatrième jour de la pneumonie ; comme celle de la rate, elle n'est appréciable que chez les sujets jeunes. Elle se montre quel que soit le siège de la pneumonie ; elle est naturellement beaucoup plus prononcée quand les troubles cardiaques viennent s'ajouter à la lésion pulmonaire. Elle cesse au moment de la convalescence.

Dans l'érysipèle, elle est moins fréquente ; nous ne l'avons rencontrée, M. Roger et moi, que chez 11,8 p.100 des malades qui ont guéri ; en analysant de plus près cette statistique, on trouve que tandis que chez les hommes l'hypertrophie se rencontre assez souvent, dans 21 p. 100 des cas, elle est beaucoup plus rare chez la femme, où elle n'existe que chez 3 p.100 des malades. Cette différence entre les deux sexes ne peut s'expliquer qu'en tenant compte des lésions antérieures ; c'est pourquoi nous pensons que, dans l'érysipèle, bon nombre d'hypertrophies du foie sont sous la dépendance de l'alcoolisme et préexistent à l'infection.

Signes fonctionnels. — Parmi les différents troubles fonctionnels qu'engendrent les maladies infectieuses, certains peuvent être mis sur le compte de l'altération du foie.

Le signe le plus évident de la souffrance hépatique, l'ictère, manque le plus souvent ; pourtant si la jaunisse est rare, l'urobilinurie est fréquente ; et vous savez que ce symptôme révèle une cholémie supérieure à la normale. Dans la pneumonie, en particulier, la présence de l'urobiline dans l'urine est la règle ; elle se rencontre dans 83 p. 100 des cas d'après les recherches de MM. Gilbert et Grenet ; on peut la constater dès le deuxième jour; elle dure pendant toute l'évolution morbide et ne disparaît qu'après la crise ; elle semble manquer plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Elle entraîne la teinte légèrement jaunâtre des téguments, souvent dite hémaphéique, si fréquente chez les pneumoniques.

Dans la fièvre typhoïde, l'urobilinurie, quoique moins fréquente, est assez souvent notée ; d'après M. Tissier, elle est d'autant plus intense et durable que le cas est plus grave.

Les variations du taux de l'urée peuvent servir jusqu'à un certain point à apprécier l'état de la cellule hépatique. On sait, en effet, depuis les travaux de Murchison et de Brouardel, que l'urée augmente quand le foie fonctionne activement, tandis que, quand le travail hépatique se ralentit, l'hypoazoturie apparaît. Or, les recherches cliniques ont montré qu'au début des infections, l'excrétion de l'urée s'élève ; elle reste supérieure à la normale pendant toutes l'évolution morbide, si la maladie est bénigne ; elle s'abaisse, quand les symptômes s'aggravent et se relève pen-

(1) Leçon faite à l'hôpital Broussais (service du Pr Gilbert). Voir l'avant dernier nº du *Progrès médical*.

dant la convalescence. Ces résultats, obtenus surtout dans la fièvre typhoïde, sont d'accord avec ceux auxquels Raoul Labbé a récemment abouti dans la diphtérie chez l'enfant. Dans la scarlatine, d'après le même auteur, l'urée, abaissée au début, se relèverait plus tard ; mais Nobécourt et P. Merklen ont montré qu'il fallait tenir compte de la quantité d'albumine ingérée.

Plus intéressant à étudier est le *rapport azoturique*, c'est-à-dire le rapport entre la quantité d'azote éliminé à l'état d'urée et celle de l'azote total de l'urine. Il est bien évident que plus ce rapport est élevé, plus grande est la quantité d'albumine transformée en urée, et par suite plus le foie est actif. Les résultats qu'a obtenus Bachmann, élève du professeur Roger, et qu'il a consignés dans sa thèse, sont conformes à ces prévisions : dans les infections bénignes, telles que la rougeole, les oreillons, la variole légère, le rapport reste normal ; il l'est aussi dans la méningite cérébrospinale, et l'autopsie permet alors de constater l'intégrité du foie. Au contraire, dans les varioles graves, alors que le foie est profondément lésé, le rapport azoturique, qui varie de 85 à 90 chez l'homme sain, s'abaisse à 70, souvent plus bas ; il peut même descendre jusqu'à 55. On peut donc conclure que la détermination du rapport azoturique est un bon moyen pour se rendre compte de l'état fonctionnel du foie.

On pourrait aussi se servir dans le même but de l'épreuve de la *glycosurie alimentaire* ; mais celle-ci est difficile à faire accepter par les fébricitants ; de plus, elle dépend de trop de circonstances pour avoir ici une valeur réelle. MM. Guillain et Girard, qui l'ont recherchée dans des cas de diphtérie hypertoxique, ne l'ont jamais trouvée positive.

Les lésions du foie peuvent encore retentir sur certains symptômes, qui ne sont pas en relation directe avec cette glande : ainsi dans l'érysipèle, nous avons vu, M. Roger et moi, que le délire était plus fréquent chez les malades ayant un gros foie que chez les autres, et plus fréquent encore si en même temps que l'hypertrophie hépatique existait de l'albuminurie ; il semble qu'au cours des infections les délires intenses et en particulier le *delirium tremens* sont souvent préparés par une lésion du foie.

Enfin, sans vouloir rapporter à des altérations du foie la forme hémorragique des infections, on est en droit de leur attribuer certaines tendances hémorragiques apparaissant secondairement ; ainsi dans un cas de variole cohérente, où l'examen histologique du foie nous montra une véritable dislocation de la travée, il y avait eu pendant la vie non des signes d'ictère grave, mais du purpura, des épistaxis et une ecchymose sous-conjonctivale.

Formes cliniques.

Comme je viens de vous le montrer, les hépatites infectieuses aiguës sont latentes dans leur forme commune. Dans quelques cas pourtant, elles ont une symptomatologie plus nette, et suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut leur décrire un certain nombre de formes cliniques.

Forme ictérique. — Je ne reviendrai pas sur cette forme. Je vous ai décrit dans une leçon antérieure les ictères aigus qui surviennent parfois au cours d'une maladie infectieuse. Si beaucoup de ces ictères relèvent d'une lésion des voies biliaires, certains d'entre eux doivent être sans doute attribués à l'atteinte du foie.

Forme douloureuse. — Dans la forme commune de l'hépatite infectieuse aiguë, le foie présente parfois un peu de sensibilité à la pression. Dans quelques cas, la douleur apparaît spontanément et devient telle qu'on pense à un abcès du foie. Ce diagnostic paraissait d'autant plus vraisemblable dans les cas signalés par M. Remlinger qu'il s'agissait de malades atteints de dysenterie ; mais la guérison survint sans que la suppuration se fût montrée.

La douleur affecte alors la forme d'un point de côté, siégeant dans l'hypochondre droit et donnant des irradiations vers l'épaule. A l'examen, le foie paraît volumineux, douloureux à la pression. Il y a de la diarrhée, des vomissements, une légère teinte subictérique des téguments. Bientôt les accidents régressent, la fièvre s'abaisse le foie diminue de volume et la guérison survient.

Cette forme a été signalée par Bozzolo dans la fièvre typhoïde et dans un cas d'infection à tétragène. Dans la dysenterie, elle peut se montrer alors que la maladie est terminée et que le malade est en convalescence, comme la néphrite se montre souvent dans la scarlatine, plusieurs jours après la chute de la fièvre.

Dans un cas où le malade succomba, on trouva, outre les lésions de la fièvre typhoïde causale, le foie volumineux, parsemé de taches blanches, et l'examen histologique montra de l'infiltration leucocytaire, de la tuméfaction trouble et de la dégénérescence graisseuse.

Forme hypothermisante. — Parfois le principal signe qui traduit cliniquement l'atteinte du foie au cours d'une maladie infectieuse est l'abaissement de la courbe thermique. Il en était ainsi dans les cas de fièvre typhoïde à forme hépatique, décrits par le professeur Roger. Au début, la lésion hépatique se révèle par la coloration spéciale des selles qui deviennent vertes au lieu de rester jaune-ocre, comme cela est la règle dans la dothiénentérie. Puis apparaissent du hoquet et des vomissements bilieux ; bientôt la température se met à descendre ; elle s'abaisse rapidement à 38°, 37°, parfois même à 36°. Cette chute soudaine de la fièvre alors que les phénomènes généraux gardent leur gravité, fait penser à une hémorragie ou à une perforation intestinales. Pourtant l'examen du malade ne permet de reconnaitre aucun des signes de ces complications ; le ventre reste souple, le pouls plein ne s'accélère pas, le fonctionnement du cœur est bon. Les signes généraux s'aggravent de plus en plus : il y a de la dyspnée, du délire, souvent apparaissent des érythèmes variés ; le malade tombe dans un état demi-comateux et ne tarde pas à succomber. L'autopsie montre le foie complètement dégénéré, et, comme l'ont montré les recherches de M. Roger, c'est bien à cette suppression fonctionnelle du foie que doivent être attribués les accidents observés et en particulier l'hypothermie.

Evolution et pronostic.

En dehors des cas rares où elle revêt la forme dégénérative, l'hépatite infectieuse guérit le plus souvent ; la mort, quand elle arrive, est le fait de l'infection causale et s'explique souvent par l'atteinte des autres organes.

La gravité de l'hépatite infectieuse est beaucoup plus grande quand elle apparaît chez un sujet dont le foie était antérieurement lésé. Les affections hépatiques ont en effet une double influence : elles prédisposent l'organisme à contracter une maladie infectieuse, et quand l'infection est réalisée, elles tendent à localiser ses effets sur l'organe déjà atteint. L'érysipèle, en particulier, est fréquent chez les hépatiques, et le professeur Gilbert a montré que cette fréquence tient aux épistaxis qui s'observent si souvent chez ces malades, la plaie de l'hémorragie nasale servant de porte d'entrée au microbe.

Quant à l'évolution de l'hépatite et au pronostic de la maladie, ils sont liés à l'état antérieur de la cellule hépa-

tique : dans la cirrhose hypertrophique biliaire, les infections intercurrentes guérissent en général facilement, comme l'a montré Lereboullet dans sa thèse ; la cellule est en effet ordinairement suffisante, parfois même elle est en état d'hyperhépatie ; l'élimination urinaire de la bilirubine peut disparaître, comme l'a observé M. Roger, elle reprend alors dès qu'une amélioration se produit.

Dans la cirrhose alcoolique à forme hypertrophique, la guérison aussi est fréquente. Mais dans la maladie de Laënnec, la gravité des infections intercurrentes est très grande, l'érysipèle en particulier se termine plus souvent par la mort ; les dix malades, dont Bridiers de Villemor a réuni les observations dans sa thèse, ont tous succombé. De même chez les alcooliques ayant un gros foie, et que l'on peut soupçonner d'être atteints de la *stéatose latente* mise en évidence par les recherches de MM. Gilbert et Lereboullet, l'érysipèle revêt une gravité particulière ; la mort est la règle, et les lésions du foie trouvées à l'autopsie semblent relever plutôt de l'alcoolisme que de la streptococcie.

Pronostic éloigné. — Quand la maladie infectieuse est guérie, que deviendra le foie qui aura été touché par l'hépatite ? Le plus souvent l'inflammation disparaît sans laisser de traces. Mais il semble que dans certains cas l'hépatite continue à évoluer après la guérison de la maladie infectieuse et passe à l'état subaigu ou chronique. Claude a vu expérimentalement que l'injection de toxines microbiennes peu actives ou de cultures atténuées peut déterminer dans le foie des lésions qui ont tendance à évoluer vers la sclérose. Chez l'homme on a cité des cas de cirrhose consécutive au choléra ou à la fièvre typhoïde ; Laure et Honorat admettent l'influence des maladies infectieuses sur la production de la cirrhose chez les enfants. L'évolution de cette hépatite scléreuse est relativement rapide ; l'ascite est rare, le foie est gros ; les signes d'insuffisance hépatique, hémorragies, diminution des urines, troubles nerveux sont précoces, et la mort arrive bientôt dans le coma.

A tout prendre, cette évolution est exceptionnelle ; l'hépatite est loin d'être observée aussi souvent dans ces conditions que ne l'est la néphrite.

Traitement.

La fréquence de l'atteinte du foie dans les maladies infectieuses comporte quelques indications thérapeutiques. Il est de toute nécessité de demander à la cellule hépatique, troublée dans son fonctionnement, le moins de travail possible, et cela seul serait une raison suffisante, s'il n'y en avait d'autres, de surveiller de près le régime alimentaire des malades en puissance d'infection. La pratique du régime lacté est donc excellente à ce point de vue comme à d'autres. Si le lait n'est pas absorbé en quantité suffisante, s'il y a intérêt, comme dans la variole, à donner une alimentation plus substantielle, on aura recours aux farines et aux pâtes ; on évitera les aliments d'origine animale et tout ce qui peut accroître les fermentations intestinales. Enfin l'alcool, si son emploi était indiqué par ailleurs, ne sera donné qu'à dose modérée.

Si l'apparition de l'urobiline dans l'urine, l'augmentation du volume du foie viennent démontrer l'atteinte de l'organe, les aliments et les médicaments seront surveillés de plus près encore. Parfois les désinfectants intestinaux trouveront leurs indications.

Enfin, dans le cas d'insuffisance hépatique avérée, on sera autorisé à recourir à l'opothérapie hépatique, qui constitue la seule médication logique et souvent efficace de cet état.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La parisianomanie

Mon excellent confrère Ramond appelait, il y a quelques semaines (1), l'attention sur une nouvelle maladie qu'il intitulait la *déléganomanie*. Qu'il me permette, à mon tour, d'en signaler une autre qui, tout en n'étant pas, au fond, beaucoup plus nouvelle que la sienne, est en train de prendre une intensité encore plus considérable.

Une simple anecdote posera la symptomatologie de cette bizarre affection. Il y a quelques années, une artiste parisienne de grand talent qui eut, comme chanteuse, son heure de célébrité, étant venue en représentation à Bordeaux, tomba des nues en arrivant dans cette ville : elle s'aperçut, à son immense surprise, que les théâtres y ressemblaient à beaucoup de ceux de Paris, qu'il y avait des rues et des places, des édifices et des maisons qui étaient d'une vue fort agréable, que les hommes, les chevaux ou les chiens ne s'y montraient pas, à l'aspect, très différents des hommes, des chevaux ou des chiens parisiens, et que les femmes elles-mêmes, habillées à la mode, n'y manquaient ni de ligne, ni de grâce, ni de chic. Puis avisant soudain une large vitrine où s'étalaient, arrangés avec un art exquis, toute une série de statuettes, de bronzes et de marbres, elle eût cette exclamation délicieuse : « Tiens ! c'est gentil ! Je croyais que cela n'existait qu'*en France* ! »

Evidemment, nous nous trouvons ici en présence d'un cas d'une gravité exceptionnelle ; car celui qui croit que Paris, c'est toute la France et qu'en dehors de Paris, ou même du département de la Seine, on est en pays étranger, ne peut qu'être profondément atteint. Mais si la parisianomanie ne se manifeste pas toujours de façon aussi suraiguë, les formes bénignes, et surtout moyennes, en sont, par contre, d'une extrême fréquence. Les exemples abondent dans toutes les sphères de l'activité humaine, qu'il s'agisse de sciences, de lettres, de commerce, d'industrie, de politique ou de sport. En médecine, on n'a que l'embarras du choix : deux ou trois faits récents suffiront à le prouver.

Le premier a trait à la réforme des études médicales, à laquelle on peut rattacher la question du concours d'agrégation, dont il a été parlé, ici même, à diverses reprises. Sous le couvert d'idées généreuses, de transformations soi-disant dirigées contre la routine, que poursuivent, en réalité, ces visites dans les différents ministères, ces délégations remuantes et sonores, ces réunions tapageuses, ces appels éperdus à la justice immanente ? Rien que ceci : le maintien de privilèges centraux, jusqu'ici dévolus aux seuls Parisiens au détriment de la province. Paris ne veut, et à aucun prix, de ces réformes où, avec des jurys sans majorité pour lui-même et la liste unique, il se verra jaugé à sa propre valeur, comme les autres provinces de France. Pourtant rien n'est plus juste : pourquoi l'Ile de France serait-elle nécessairement supérieure, par axiome, à la Normandie, à la Bourgogne, au Languedoc, à la Provence ou à la Guyenne, à la Bretagne ou à la Lorraine ?

Aucune ville ne peut prétendre à la supériorité inté-

(1) Bulletin du *Progrès médical* du 13 février 1909.

grale : partout, à côté du bon grain, pousse l'ivraie. La sagesse est de prendre le bon où il existe, sans décréter *a priori* que tout est bon qui vient de soi, et seulement de soi. Car tôt ou tard, on risque ainsi de découvrir... la couleur du cheval blanc d'Henri IV.

C'est ce qui advint, ces temps-ci, au lendemain du décret réorganisant les études médicales. Alors un grand souffle de joie parcourut les mille feuilles parisiennes : enfin, disait-on, le ministre avait reconnu l'utilité de réglementer la pratique du malade pour les jeunes étudiants ; le stage, codifié à cet effet, provoqua un cri de triomphe ; les praticiens avaient donc gagné leur cause : la médecine *française*, grâce à eux, allait être régénérée. Or, cette exubérance est vraiment un peu comique, car ce qui va être ainsi modifié ce n'est point la médecine française, mais la médecine *parisienne*, ce qui n'est pas du tout la même chose. A Bordeaux, en effet — et il doit en être ainsi dans les autres villes universitaires de France — le stage obligatoire, tel que le demande le ministre, existe pour tous les élèves, avec *notes* des chefs de service, depuis 10 ou 12 ans, et depuis cinq ou six ans, sous l'initiative du professeur Pitres, des conférences de séméiologie *pratique* y sont organisées. Comme je me crus autorisé à l'écrire à M. Pierre Baudin, il y a quelques mois, à l'occasion d'un article sensationnel qu'il publia sur l'enseignement médical : « Vous confondez Paris avec la France : il est étrange que vous vouliez réformer la médecine française au nom de maux parisiens qui n'intéressent, par conséquent, qu'une mineure partie de notre pays ».

La constatation que je viens de faire, pas plus tard qu'hier, en ouvrant un des journaux de médecine que m'apportait le courrier n'est-elle pas encore profondément typique ? Il s'agit du *Comité français d'organisation du Congrès de Budapest*. Ce comité comprend, sous la direction d'un bureau central de 6 membres, 21 sections avec chacune un bureau, ayant à sa tête un président, un, deux ou trois vice-présidents, un secrétaire général. Cela fait en tout 84 personnalités, sur lesquelles nous comptons très exactement *78* parisiens et *6* provinciaux. Parler, dans ces conditions, de comité *français* ne manque ni de charme, ni d'ironie : mais c'est tout au plus comité *parisien* qu'il faudrait dire.

Il y a quelques années, à propos du magnifique discours d'un professeur viennois prononcé sur la pédiatrie mondiale à l'exposition internationale de Saint-Louis, je crus devoir protester dans la presse ; car ce maître illustre, perdu dans l'admiration de la toujours plus grande Allemagne, n'avait oublié, ou à peu près, qu'une seule chose : c'était de parler de la pédiatrie française.

Mon cri ne demeura pas sans écho. J'espère qu'il en sera de même pour celui que je pousse aujourd'hui contre l'ostracisme capitalomane. La province française commence à se réveiller et l'avenir est avec elle. Tant pis pour ceux qui en doutent : il sera déjà trop tard quand ils s'apercevront de leur erreur !

René CRUCHET.



MÉDECINE PRATIQUE

L'abcès de fixation dans les accidents graves du saturnisme ;

Par P. CARNOT

Agrégé, médecin des hôpitaux.

M. Carles, médecin des hôpitaux de Bordeaux vient de proposer récemment (1) une médication intéressante contre les accidents graves dus à l'accumulation du plomb dans l'organisme.

Partant des expériences antérieures de différents auteurs sur l'absorption des sels métalliques par les leucocytes, M. Carles pense que l'on peut, en provoquant un abcès de fixation par injection sous-cutanée de térébenthine, soustraire à l'organisme une assez grande quantité de plomb, et, par là même, faire œuvre utile dans certains cas graves d'intoxication saturnine.

M. Carles donne, à l'appui de cette opinion, des résultats expérimentaux et cliniques :

Expérimentalement, voici quelques faits relatés par M. Carles :

Un petit chien de 1400 gr. prend, pendant 7 jours, deux centigrammes de minium mélangés à sa ration journalière, soit 0 gr. 14 de minium en tout. Au deuxième jour de l'intoxication, on lui injecte dans la région dorso-lombaire, 1/2 cc. d'essence de térébenthine ; au 7e jour, on peut retirer, par incision, 26 gr. de pus térébenthiné, contenant 0 gr. 005 de plomb ; le sang n'en contenait pas, non plus que le cerveau ; une quantité correspondante de foie (26 gr.) n'en contenait que 0 gr. 003. Le foie, considéré depuis bien longtemps comme le lieu principal d'accumulation de plomb, en contenait donc moitié moins que l'abcès provoqué.

Dans un autre cas, après ingestion des mêmes doses, l'abcès de fixation contenait 60 gr. de pus, avec 0 gr. 08 de sulfure de plomb, c'est-à-dire une quantité relativement énorme.

Lorsqu'il s'agit du traitement tardif d'un empoisonnement chronique, on constate des phénomènes du même ordre. Un petit chien de 3 kg. absorbe pendant 20 jours 0 gr. 20 de minium : il maigrit ; le ventre est rétracté ; les selles sont rares, les vomissements fréquents ; enfin, deux mois après cessation de l'intoxication, il est pris de crises convulsives violentes qui durent près d'une demi-heure.

Dès le lendemain, on lui fait une injection de 1/2 cc. d'essence de térébenthine : 5 jours après, il avait un bel abcès qui donna, par incision, 25 gr. de pus térébenthiné. Or ces 25 gr. de pus contenait 0 gr. 003 de sulfure de de plomb, tandis que 25 gr. de foie contenaient 0 gr. 002 ; 25 gr. de cerveau, 0 gr. 0025 ; 25 gr. d'intestin 0.002 ; les reins, le sang, n'en contenaient que des traces indosables. Or, dans ce cas, le traitement était survenu après fixation du plomb dans les viscères : il y a donc eu, secondairement, captage de ce plomb viscéral par les leucocytes et transport à l'abcès de fixation.

Cliniquement, J. Carles a fait quelques essais thérapeutiques encore bien embryonnaires en produisant des abcès de fixation chez des saturnins.

Dans un premier cas, l'abcès de fixation fut provoqué pour des lésions broncho-pulmonaires, chez un ancien saturnin ne manipulant plus le plomb depuis 3 mois : le pus térébenthiné contenait 2 milligr. 1/3 de sulfure plomb.

Dans un 2e cas, une femme était atteinte de coliques saturnines subintrantes : l'injection térébenthinée ne donna

(1) Jacques CARLES. — *Bull. gén. de Thérapeutique*, 8 février 1909.

naissance qu'à une faible quantité de pus contenant nettement du plomb.

Ces cas sont évidemment bien insuffisants pour apprécier thérapeutiquement la méthode. La quantité de plomb soutirée par abcès de fixation paraît minime, et, dans les cas traités, les résultats cliniques obtenus ne pouvaient pas être bien nets. Mais la méthode mérite d'être essayée à l'occasion, dans des cas graves, dans l'encéphalopathie saturnine, par exemple, contre laquelle nous sommes thérapeutiquement si désarmés.

Le principe même de cette méthode dérive d'expériences, déjà anciennes, que nous avons publiées avec Charrin en 1894 (1).

Nous avions, notamment, constaté que les sels métalliques, en circulation dans l'organisme, se fixent électivement au niveau des organes enflammés, et qu'il suffit de provoquer, en un point, un traumatisme ou une suppuration locale pour que s'y fixent les sels de plomb absorbés.

Nous avions obtenu précisément avec le plomb, des pièces expérimentales très démonstratives. Par exemple. Chez un animal intoxiqué par le plomb, un genou, atteint de suppuration, se colorait intensément en noir par l'hydrogène sulfuré, avec production de sulfure de plomb, alors que le genou pair et symétrique, mais non enflammé, ne présentait pas de traces de plomb. De même, chez des lapins atteints de pseudo-tuberculose, les foyers infectieux étaient riches en sels de plomb, faciles à mettre en évidence sous forme de chromate de plomb après fixation par le bichromate de potasse, etc., etc.

Bien que nous ayions considéré comme assez complexe le mécanisme de cette fixation, il paraît évident que le rôle principal revient aux leucocytes : c'était, d'ailleurs, dès cette époque, l'opinion que M. Metchnikoff avait de nos expériences.

La fixation élective des poisons circulants au niveau de lésions enflammées nous avait paru comparable à la fixation élective des microorganismes au niveau des points traumatisés, comme dans l'expérience celèbre de Max Schüller. Elle permet d'expliquer le fait bien connu d'un accès de goutte survenant au niveau d'une articulation traumatisée grâce à la fixation élective de l'acide urique. Elle explique enfin certaines localisations médicamenteuses au cours des inflammations locales (salicylate dans les foyers rhumatismaux, mercure et iodure des lésions syphilitiques, etc).

Les curieuses expériences de M. Carles sont donc confirmatives des nôtres, et en tirent des conséquences nouvelles. Comme M. Carles, nous pensons qu'elles pourront peut-être avoir des applications thérapeutiques utiles dans des cas où il est urgent de désintoxiquer l'organisme.

(1) Charrin et Carnot. — *C. R. Acad. des sciences*, 20 août 1894.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1909.

Existence d'une épidémie de méningite cérébro-spinale épidémique à Paris et dans la banlieue. Efficacité du sérum antiméningococcique. — M. *Netter*. — Au moment où les cas de méningite cérébro-spinale paraissent se multiplier dans plusieurs garnisons, on assiste, à Paris et dans la banlieue à une recrudescence de cette maladie qui, sur certains points, revêt une allure épidémique.

M. Netter a montré, à la fin de l'année dernière, qu'un nombre plus élevé de malades atteints de cette affection s'étaient présentés à son examen : 6 en 1899, 5 en 1900, 5 en 1901, 3 en 1902, 3 en 1903, 3 en 1905, 4 en 1907, 8 du 1er février au 30 novembre 1908. Cette recrudescence lui faisait redouter une petite épidémie. Celle-ci est venue et, depuis le 11 décembre, il a traité 12 cas nouveaux, auxquels viennent se joindre 5 cas découverts dans ses enquêtes. Des constatations analogues ont d'ailleurs été faites dans divers hôpitaux.

Tandis que la plupart des cas ne présentent entre eux aucune relation apparente et ont l'allure sporadique, un cas de Pavillon-sous-Bois est relevé chez un réserviste qui a pris la maladie dans un régiment d'Evreux, fortement éprouvé. M. Netter a relevé 11 cas dans un quartier de St-Denis, dans un rayon de moins de 200 mètres, ayant pour centre le Pont-de-Soissons. Six de ces enfants fréquentaient la même école où se rendait encore le frère d'un septième malade. Deux enfants plus jeunes étaient en contact journalier. La contagion paraît évidente : on sait qu'elle se fait par l'intermédiaire des sécrétions nasales et pharyngées où M. Netter a trouvé le microbe chez quelques malades.

Les sérums antiméningococciques de Dopter, de Wassermann, de Flexner. ont été injectés dans la cavité rachidienne de 15 malades, dont 4 encore en traitement. 8 de ces malades sont guéris sans conserver aucune séquelle. Parmi les 3 décès, 1 doit être éliminé en tout état de cause : il s'agit d'un enfant amené moribond dans le service où il succomba le jour même. Les autres méningites terminées par la mort compliquaient une infection antérieure par mastoïdite avec phlébite de la veine ophtalmique, broncho-pneumonie chez un nourrisson. Pour apprécier la valeur de ces résultats, il faut les opposer à ceux qui étaient obtenus avant le sérum : 16 cas sur 33, soit 48,5 pour 100; mais cette comparaison a le défaut de rapprocher des cas sporadiques, à pronostic généralement meilleur, des cas épidémiques à mortalité plus élevée. Plus exacte et plus suggestive est la comparaison des cas traités et non traités à St-Denis en février 1909. Les premiers donnent 4 guérisons sur 4, les deuxièmes 4 décès sur 4.

Il ne suffit pas d'employer le sérum antiméningococcique, il faut l'introduire dans la cavité rachidienne. Il est nécessaire d'injecter des doses fortes (20 à 30 centimètres cubes chez l'enfant, 30 à 45 centimètres cubes chez l'adulte). Il est enfin indispensable de répéter les injections plusieurs jours de suite : 3 ou 4, quels que soient les effets obtenus après la première injection. Il va sans dire que les injections devront parfois être renouvelées plusieurs fois encore et qu'il sera parfois nécessaire d'injecter des quantités très élevées (650 dans un cas de Fulton). En employant cette méthode on obtient non seulement une proportion très élevée de guérisons, mais on abrège la durée de la maladie, on évite les rechutes et les séquelles.

Les effets des injections seront d'autant plus sûrs que la maladie aura été traitée plus tôt. Il ne faudra pas non plus hésiter à injecter du sérum à des sujets qui n'auront plus de fièvre, chez lesquels il ne restera plus que de la raideur.

L'histoire de la méningite montre en effet qu'en pareil cas il peut survenir des rechutes assez tardives et que les séquelles sont particulièrement redoutables.

M. *Vaillard* partage l'opinion de l'auteur sur l'efficacité du sérum.

Les miasmes envisagés suivant les théories actuelles. — M. *Trillat*. — Le lacto-sérum. — M. *Blondel*.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1909.

Hydarthrose gonococcique. — M. *Poncet*. — M. Delbet nous a montré récemment une hydarthrose du genou dans laquelle il a pu déceler la présence du gonocoque, et qui ressemblait aux hydarthroses de la tuberculose inflammatoire. Je ne crois pas que la tuberculose soit la seule cause de ces hydarthroses, mais elle en est la cause fréquente. La découverte du microorganisme causal, quel qu'il soit, est exceptionnelle.

La trépanation préventive dans les traumatismes craniens. — M. *Lucas-Championnière*. — Sédillot a insisté longuement sur le trépan préventif, qui semble d'ailleurs remonter aux

temps les plus reculés et sur lequel est revenu à la dernière séance M. Picqué. C'est surtout dans les cas où il n'y a pas de plaie que la question se pose, car si on constate un enfoncement, la trépanation s'impose.

A la suite des traumatismes craniens on peut voir survenir des phénomènes épileptiformes et des paralysies générales ainsi que je l'ai déjà maintes fois signalé. Des statistiques américaines portant sur 13.000 cas semblent démontrer que la trépanation préventive est une excellente mesure.

La chose vraiment importante et nouvelle, c'est l'influence des traumatismes sur les troubles cérébraux et l'aliénation mentale.

Le décubitus ventral dans l'occlusion aiguë du duodénum. — M. ***Delagénière***. — Un malade atteint d'etranglement dans une hernie inguinale très volumineuse est opéré. Son état s'améliore d'abord, mais ne tarde pas à s'aggraver de nouveau. Des vomissements abondants surviennent, le ventre se ballonne, l'estomac présente un clapotement manifeste. Les lavages d'estomac n'amènent aucun soulagement appréciable. Le simple décubitus ventral amène très vite une amélioration manifeste et durable et le malade guérit.

Il s'agi sait en ce cas d'occlusion aiguë du duodénum si on en juge d'après les descriptions qui en ont été données. Par suite de son volume la hernie avait probablement tiré sur la corde mésentérique et provoqué l'étranglement du duodénum. Cette observation confirme les conclusions de M. Lecène dans le *Journal de Chirurgie*.

M. ***Reynier***. — M. Baillet m'a communiqué une nouvelle observation analogue à la suite d'une opération de kyste de l'ovaire. Il faut signaler l'importance diagnostique de la douleur épigastrique, du caractère bilieux, des vomissements, du ballonnement abdominal. Dans ce cas encore, l'état de la malade était très grave et l'amélioration immédiatement succédé à l'emploi du décubitus ventral. Si cette position n'est pas prise à temps les malades succombent en général du 8e au 9e jour.

M. ***Lucas-Championnière***. — Piorry avait déjà autrefois remarqué que certaines formes d'occlusion intestinale peuvent être améliorées par le décubitus ventral.

M. ***Delbet***. — M. Nicaise a publié vers 1884 l'observation d'un malade qui avait des accidents d'occlusion et qui avait remarqué que la position à 4 pattes le soulageait rapidement. Il finit cependant par succomber et l'autopsie montra que l'artère mésentérique, enveloppée dans des tractus fibreux, comprimait le duodénum.

Il me semble qu'il y aurait lieu de distinguer dans ces accidents post-opératoires plusieurs formes cliniques. La présence de la bile dans les vomissements permet de supposer qu'il s'agit du duodénum. Dans la dilatation aiguë de l'estomac il n'y a pas de bile.

M. ***Morestin***. — J'ai vu à l'Hôtel-Dieu une malade qui, au cours d'une péritonite tuberculeuse eut des accidents aigus. Elle présentait une énorme voussure épigastrique. Je pratiquai la laparotomie et dès l'ouverture du ventre je vis jaillir par la plaie un duodénum extraordinairement dilaté. Je ne pus faire d'anastomose, car je ne pus trouver une anse libre. Mais malgré cela la malade guérit.

M. ***Reynier***. — Je ne crois pas que les accidents d'occlusion duodénale aiguë soient toujours dus à la compression par l'artère mésentérique.

Plaies par balle de l'espace de Traube. — M. *Lejars* présente un rapport sur deux observations de plaies par balle de l'espace de Traube dues, l'une à M. Proust, l'autre à M. Michon.

Dans le premier cas, le blessé avait reçu 3 balles dont une seule avait pénétré. L'opération eut lieu 3 heures après et était nettement commandée par l'existence de vomissements de sang. On constata qu'il y avait une plaie de la face supérieure et de la face inférieure du foie, et que l'estomac était perforé sur ses deux faces. Enfin, il y avait une plaie du pancréas. Toutes ces perforations furent suturées et le malade guérit sans autre incident que l'écoulement d'un peu de liquide pancréatique le long d'une des mèches de drainage.

Dans le second cas, très analogue, M. Michon n'intervint que plus tard, aucun symptôme ne semblant indiquer l'existence d'une lésion profonde. Ici encore l'estomac était perforé sur ses deux faces ainsi que le foie. Le blessé guérit également.

Dans ces deux cas, l'opération a été faite aussitôt qu'elle a paru indiquée ; mais dans le second le blessé n'a eu de signes graves qu'au bout de 24 heures. Il est certain que plus on intervient tôt, mieux cela vaut. Il est préférable, comme on l'a fait dans ces deux cas d'opérer tout de suite par laparotomie médiane. Il est d'une bonne pratique de mettre un coussin sous les reins.

Présentation de malades. — M. ***Mauclaire*** présente deux cas de fractures de l'astragale par écrasement.

M. ***Souligoux*** présente une malade opérée avec succès de perforation de l'estomac par ulcère, remarquable par le peu d'intensité des douleurs.

M. ***Walther*** présente des coupes de la peau montrant la profondeur à laquelle pénètre la teinture d'iode lorsqu'on l'emploie pour la désinfection des surfaces opératoires. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1909. — Présidence de M. Buret,

De l'état antérieur dans les accidents du travail (suite). — M. ***Bouvet*** pense que cette question devrait être solutionnée sans parti pris dans chaque cas particulier. Il y a des cas où cet état antérieur est insaisissable ; d'autres où l'état antérieur coopère comme facteur indéniable à la marche des suites d'accidents, et où, en bonne logique, il devrait être pris en considération. Enfin, parfois, l'état antérieur joue dans l'évolution de l'affection un rôle si prépondérant qu'il pourrait être uniquement invoqué, il faut alors rechercher la signature du traumatisme allégué pour éviter de le considérer comme cause lorsqu'il n'est que révélateur ou prétexte.

M. ***Dabout*** cite des cas personnels où l'état antérieur du blessé à la suite d'un accident du travail, est la seule raison de son incapacité de travail. Il aurait été heureux qu'on lui fît des objections sur les définitions qu'il a données de la capacité ouvrière et de la capacité professionnelle. M. Dabout rappelle le caractère forfaitaire de la loi de 1898, les modifications que cette loi a fait subir à la jurisprudence de droit commun ; il ne pense pas qu'il soit équitable et juste de ne jamais tenir compte de l'état antérieur comme le voudraient les jugements de la Cour de cassation et il rappelle les raisons qu'il a déjà données précédemment pour que l'expert tienne compte dans l'appréciation de l'incapacité permanente de l'état antérieur pathologique du blessé.

Prophylaxie et physiothérapie de la tuberculose chez l'enfant. — M. ***Keller*** (de Rheinfelden). — L'abolition de l'alcoolisme et la puériculture dans sa plus vaste et noble conception sont le pivot de la lutte contre la tuberculose. Les agents de la physiothérapie (cure marine, cure salée, cure d'altitude et d'héliothérapie) sont seuls capables de donner des résultats dans le traitement de la tuberculose et doivent donc être employés en premier lieu. Le sanatorium donne la plus grande garantie pour la réussite de la cure. L'hygiène, la discipline et l'ordre qui y sont enseignés sont les facteurs indispensables pour obtenir de bons résultats. L'établissement de sanatorias pour enfants doit encore être plus généralisé.

Autonomie des facultés et écoles de médecine. — A la suite d'une longue discussion, la Société de Médecine de Paris émet des vœux demandant pour les Facultés et Ecoles de Médecine l'autonomie dans les limites compatibles avec le droit de contrôle de l'Etat.

Aux conseils des Facultés élargis, seraient adjoints des médecins praticiens, enfin, l'hôpital devrait devenir le véritable centre de l'enseignement.

Quelques considérations sur les traitements du goitre exophtalmique. Leurs indications et leurs résultats. — M. ***Paul Sainton***. — Le goitre exophtalmique est un syndrome qui réagit d'une façon différente à des agents identiques ; les infections par exemple, tantôt aggravent, tantôt améliorent, au moins temporairement, les symptômes de la maladie de Basedow ; il en est de même de certaines interventions chirurgicales telles que l'ovariotomie. En présence de cette *réaction paradoxale* de la glande à des causes identiques, il est difficile de préciser d'une façon

absolue les indications des divers traitements. Sur 19 cas traités par l'hémo ou la sérothérapie antithyroïdienne, l'auteur a observé 14 améliorations, 3 guérisons, 2 insuccès ; dans 3 cas d'origine infectieuse ou rhumatismale, le salicylate de soude lui a donné une guérison et deux améliorations considérables. Le sulfate de quinine lui semble surtout un tonique utile. Le traitement chirurgical donne des résultats variables, l'auteur a observé une guérison datant de 9 ans, il le réserve aux cas suraigus ou aux cachexies profondes.

ANALYSES

Un cas de tumeur de l'hypophyse sans acromégalie. — Troubles mentaux et sommeil pathologique ; par C. Parhon et M. Goldstein (de Bucarest). (*Journal de Neurologie de Bruxelles*, 5 janvier 1909, p. 1.)

La malade qui fait l'objet de cette observation était âgée de 18 à 19 ans quand elle entra à l'hôpital Pantélimon, dans le service des maladies nerveuses, le 12 octobre 1906.

Depuis le mois de mai 1906, elle commença à présenter une grande tendance au sommeil. Elle s'endormait pendant qu'elle travaillait. En même temps sa mémoire souffrit une grande déchéance.

Au mois de juin, elle commença à souffrir de maux de tête violents, de vertiges et la somnolence s'exagéra encore. Son état s'empirant, elle vient à l'hôpital.

Sa figure ne présente rien qui puisse rappeler l'acromégalie. Sa taille est de 1 m. 48.

Elle marche à petits pas et elle est menacée de tomber à cause du vertige, mais sa démarche est régulière et la malade ne présente pas de troubles paralytiques ou des atrophies.

La malade se plaint d'une céphalée intense, mais elle ne peut pas préciser si cette céphalée est localisée dans une région quelconque de la tête ou si elle est généralisée.

La vue est diminuée, mais l'état intellectuel de la malade ne permet pas un examen précis. L'ouïe ne semble pas altéré ; quant au goût et à l'odorat, on ne peut rien obtenir de précis. Il en est de même pour la sensibilité stéréognostique. La sensibilité générale est conservée.

La malade a des vomissements fréquents, surtout après ses repas. Elle est dans un état de somnolence presque continuel. Quand elle est éveillée, on constate des troubles psychiques, consistant dans la perte de la mémoire, des confusions dans ses réponses, difficulté dans le calcul mental qui est souvent erroné quoiqu'il ne s'agisse que de calculs très simples. La malade est négligente et rit sans motif quand on lui demande quelque chose. Elle dort continuellement et on est obligé de la réveiller pour manger.

A l'autopsie on trouve une tumeur kystique occupant la place de l'hypophyse et développée sur le compte de cette dernière, ainsi qu'il résulte de l'examen microscopique de la tumeur.

Au microscope on voit que la tumeur est constituée par des cellules ayant un grand noyau granuleux avec du protoplasma pâle pas trop abondant et coloré en rose violet (Hématoxyline-éosine). Dans les parois du kyste, les cellules sont plus grandes le protoplasma plus apparent.

On voit de fréquentes hémorragies. Le tissu conjonctif est très développé. Les cellules éosinophiles qui constituent l'élément fonctionnel de l'hypophyse normale sont absentes. Seulement de rares cellules présentent une faible éosinophilie qui est loin d'atteindre la normale. G. M.

Influence de la méthode mécanothérapique de Frenkel sur la conductibilité du neurone périphérique centripète dans le tabès dorsalis ; par le Dr Vriès-Resling. (*Zeitsch.*)

Exner a déjà observé chez l'homme normal que le temps de réaction est raccourci par l'exercice ; le ralentissement de la conductibilité dans le tabès est donc un objectif précieux pour apprécier les résultats de la mécanothérapie. Les recherches précises de Reiling ont montré que les troubles de conductibilité atteignent le neurone périphérique centripète et l'arc diastaltique, tandis que les conduits moteurs ne montrent aucun ralentissement. C.

Présence de substances actives hémolytiques dans le contenu de l'estomac et leur signification dans le diagnostic du carcinome de l'estomac ; par Grafe et Rohmer. (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, bd. 94, H. 3 et 4.)

L'un des auteurs a déjà donné cet article : aujourd'hui la méthode est un peu modifiée ; ils ont examiné 103 cas de malades de l'estomac et de gens de parfaite santé du côté de l'estomac et étudié les propriétés hémolytiques du suc gastrique, surtout chez les femmes.

Chez tous les carcinomes certains, il y a eu hémolyse, parfois extraordinaire, faible dans 21 cas d'ulcères. Sur 46 malades de l'estomac, qui souffraient selon toutes probabilités ou d'un cancer ou d'un ulcère, 9 s'hémolysèrent. Dans l'ensemble, il y avait une gastroptose assez accentuée et l'on pouvait établir que chez ces malades le suc intestinal et le suc pancréatique étaient reflués vers l'estomac. Le suc pancréatique et le suc intestinal contenaient une hémolysine assez forte et soluble dans l'éther. C.

Sur le pouls irrégulier permanent ; par le prof. Hering, de Prague. (*Arch. f. Klin. Med.*, Bd. 94, H. 1 et 2.)

Cet état se caractérise en ce qu'il persiste et reste le même, que le cœur batte plus vite ou plus lentement, et en ce qu'il échappe à l'influence de la respiration. Ce n'est qu'au début de son apparition qu'il peut disparaître passagèrement pour se réinstaller définitivement. Il est combiné avec le pouls de la veine ventriculaire, sous forme d'onde ventriculaire ou d'onde de la valvule ventriculaire ; ces deux formes ne sont pas toujours bien tranchées cliniquement.

Le pouls veineux fort, avec plateau accentué, parle en faveur de la première forme et d'une insuffisance tricuspidienne. Dans la seconde forme et dans l'absence d'insuffisance tricuspidienne, il n'y a ni bruit, ni arrêt, mais un pouls veineux relativement faible. La cause de l'irrégularité du pouls est difficile à saisir. C.

Perforations de l'utérus avec lésions de l'intestin ; par le prof. Ssadowski. (*Centralblatt für Gynäcologie*, 1908, nº 41.)

A la suite d'une forte hémorrhagie survenant un mois après un avortement, la dilatation et le curettage furent pratiqués sans que la curette amenât quoi que ce soit. Mais avec le pincement on amena à la vulve quelque chose de mou qui fut détaché : c'étaient des débris d'intestin. Pendant la laparotomie aussitôt exécutée à la clinique de St-Pétersbourg, on trouva dans la cavité abdominale des masses de matière fécale ; dans l'utérus, un trou large d'1 cent. 1/2 à 2 cent. Résection de l'intestin, colo-entérostomatomie, amputation supravaginale de l'utérus, extirpation d'un kyste du côté gauche, ouverture complète de la cavité abdominale et tamponnement. Dans les 5 premiers jours après l'opération, 39° de fièvre — 130 pulsations ; puis guérison rapide et facile. La longueur d'intestin grêle coupé était de 27 cent. C.

BIBLIOGRAPHIE

Essais sur les préparations galéniques, étude pharmacologue publiée sous la direction du Dr Brissemoret, chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris (1 vol. in-8, de 500 p. au Laboratoire Dausse, 4-6, rue Aubriot, Paris).

Ce travail présenté par la fabrique universellement connue d'extraits pharmaceutiques, est d'une réelle valeur, car il s'agit de pharmacologie scientifique et pratique. On lira d'abord une bonne étude sur les extraits pharmaceutiques (préparation, consistance, caractères), sur les pastilles sucrées, les pilules, les granulés, les pâtes. Ensuite c'est la revue alphabétique de la matière médicale, avec des détails bien classés et des plus précieux pour l'art de formuler. Après 464 pages de ce formulaire commenté, on treuve un exposé comparatif des pharmacopées étrangères, surtout pour ce qui a trait aux extraits, aux teintures et aux pilules.

On trouve même un petit dictionnaire pharmaceutique des noms latins, et enfin un addendum relatif aux poids et mesures

pharmaceutiques anglais et américains ainsi qu'aux incompatibilités médicamenteuses. En somme la maison Dausse a été bien inspirée en publiant ces «essais» pharmacologiques, et elle était autorisée à faire œuvre utile, en raison de la réputation du meilleur aloi dont jouit le Laboratoire Dausse, dont l'existence date de 1834.

La grippe ; son traitement spécifique par la Gaïarsine ; par M. le Dr Gaston Ducatte (de Saint-Mandé). (Vigot frères, éditeurs, 22, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris).

Ce volume sur *La Grippe* est un excellent exposé des diverses opinions émises sur la maladie la plus répandue à l'heure actuelle et sur laquelle on a le plus discuté. Maladie-protée, la grippe ne saurait être spécifiée par ses symptômes, dont la variété est pour ainsi dire infinie.

La bactériologie parut un instant, avec la découverte du microbe de Pfeiffer, fournir la clef du problème. Mais des travaux récents ont montré que ce bacille n'était rien moins que spécifique. On a été ainsi amené, après Broussais, à nier la réalité même de l'entité grippe. M. le Dr G. Ducatte, de Saint-Mandé, après avoir discuté les diverses théories en cours, admet cliniquement l'existence de l'affection dont il énumère les diverses formes.

Il insiste ensuite sur le traitement. « Il n'y a pas de spécifique de la grippe », disait-on partout. Cependant, les travaux de M. Barbary, de Nice, et de M. Ducatte sur le cacodylate de gaïacol et la gaïarsine tendent à prouver que cet agent est le médicament type spécifique. Des nombreuses observations publiées par M. le Dr Ducatte, il semble, en effet, résulter que la Gaïarsine est un agent très sûr, dont l'emploi est inoffensif, même chez les enfants. Grâce à la gaïarsine, la grippe tourne court, la convalescence est abrégée ; bref, cette médication réussit là où toutes les autres avaient échoué.

La crise du transformisme ; par Félix le Dantec. Nouvelle Collection scientifique. (1 volume in-16 de 287 pages chez Félix Alcan, Paris 1909.)

L'auteur publie dans ce volume son cours récent de biologie générale. C'était une nécessité, car bien qu'universellement admise, la théorie transformiste, à force d'être expliquée, est déformée. M. le Dantec a depuis longtemps attiré l'attention du public scientifique sur les dangers d'une théorie qui démolit, involontairement sans doute, la base du transformisme : ce volume expose clairement les arguments pour et contre, et démontre que la théorie des mutations ou des variations brusques est la négation du Lamarckisme.

L'auteur commence par exposer l'état actuel de la crise, puis il constate la nécessité d'un langage approprié à la narration des faits biologiques. Celui qui est basé sur la morphologie est insuffisant celle-ci ne constitue pas un fait essentiel, elle ne fournit qu'un élément secondaire dont la valeur dépend de la constitution interne qui l'a produite. De même que dans les corps bruts, nous utilisons une notation atomique qui en indique la nature essentielle, de même nous devons toujours désigner les corps par leur « patrimoine héréditaire ». C'est ce dernier qui fait varier la forme et qui a une valeur biologique. Avec ce point de départ, M. le Dantec discute les phénomènes des mutations et des adaptations de de Vries ; il en montre la nature, la périodicité, la valeur, et il constate que seules les variations lentes sont conformes à la théorie transformiste exposée par Lamarck bien avant Darwin.

Les leçons sur les espèces et variétés, sur l'expérience sexuelle, sur l'hérédité, sont d'admirables exposés de la théorie vraie dont on ne doit pas s'écarter ; elles indiquent en quoi le Darwinisme diffère du Lamarkisme, et comment la première théorie a été interprétée par des successeurs trop zélés, et a fini par nier la seconde. G. P.-B.

Les microbes ; par le Dr Charpentier, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. — Un volume illustré de 275 gravures. broché : 10 fr. ; relié toile : 14 fr. (Vuibert et Nony.)

Tout le monde a entendu parler des microbes. Bien des gens ignorent cependant tout, ou presque tout de ces êtres infiniment petits. En France, dans le pays de Pasteur, aucun livre ne résume, pour ceux qui vivent loin des laboratoires, ce que l'industrie, l'hygiène, la médecine, doivent à la microbiologie ; celui qui paraît aujourd'hui a pour but de combler cette lacune. Ce que sont les microbes, comment on les observe, comment ils vivent, le rôle qu'ils jouent dans l'air, l'eau, le sol, voilà ce que nous apprendra la première partie de l'ouvrage.

Un nombre incalculable d'infiniment petits nous rendent les services les plus signalés : les uns président à la fabrication du vin, du cidre, de la bière, de l'alcool industriel, d'autres à celle des fromages, de la choucroute, etc. ; il en est qui assainissent nos cours d'eau, il en est qui aident l'agriculteur à fertiliser le sol ; tous ces êtres, qui ont vécu des siècles à côté de nous sans que nous soupçonnions leur présence et dont Pasteur nous a montré l'utilité, l'auteur les passe en revue dans la deuxième partie du volume.

Enfin, quelques microbes sont les ennemis de notre santé et de notre vie ; ceux-là ont tellement fait parler d'eux que personne n'ignore leur existence, et que la curiosité de chacun est en éveil sur tout ce qui les concerne. Comment les microbes de la peste, du choléra, de la fièvre typhoïde pénètrent-ils dans notre organisme ? Qu'est-ce que la vaccination des animaux contre le charbon, qu'est-ce que le traitement de la diphtérie par le sérum antidiphtérique ? Pourquoi et comment lutte-t-on contre les moustiques dans les pays ravagés par le paludisme, la fièvre jaune, la maladie du sommeil ? L'auteur répond à toutes ces questions dans la dernière partie du livre, la plus palpitante d'intérêt puisqu'elle traite des causes de beaucoup de nos souffrances et de nos deuils.

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Nouvelle édition revue et augmentée par L.-H. Farabœuf et Henri Varnier. (Un volume in-8° grand jésus de VIII, 488 pages. S. Steinheil, éditeur.)

La troisième édition du livre de Farabeuf et Varnier a paru.

La première édition de cet ouvrage, datant de 1891, rapidement épuisée, fut réimprimée en 1904 et considérablement remaniée par le prof. Farabeuf. Ces modifications portèrent surtout sur l'application du forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis.

La nouvelle édition de 1908, bien que peu modifiée, comporte cependant certains changements, et particulièrement en ce qui concerne l'engagement de la tête fœtale, auquel un soin tout spécial a été apporté.

Le premier chapitre contient la description de la filière pelvienne suivie de l'étude du fœtus, de ses présentations et de ses positions. Viennent ensuite la mécanique de l'accouchement dans toutes les présentations, l'extraction du siège, la version, le forceps.

Ce volume est illustré par de superbes figures, dues à Farabeuf, et qui constituent l'intérêt principal de cet ouvrage. C. J.

Les attentats aux mœurs ; par le Prof. Brouardel, 1 volume in-8 de 231 pages chez J.-B. Baillère, Paris, 1909.

Ce volume est le dernier de l'œuvre publiée par Brouardel sous le titre de : Cours de médecine légale de la Faculté de médecine. Après quelques généralités, il contient des leçons sur l'outrage public à la pudeur, sur les attentats à la pudeur, sur le viol.

La grande qualité de l'auteur a été de chercher la clarté, la précision et de rester sur le terrain pratique. Aussi, ce livre, comme les précédents, est-il bourré de faits, de documents, de rapports, qui sont plus instructifs que des dissertations *ex cathédra* et des explications théoriques. Ces livres méritent de figurer dans la bibliotèque des praticiens qui, isolés des grands centres, ont à chaque instant à donner des avis sur des faits délictueux. On proteste, à juste titre, sur les erreurs médicales dans les expertises : or les experts, même les plus officiels, commettent des erreurs, parce qu'ils n'observent pas assez. La lecture de cet ouvrage donne une bonne leçon de choses et il faut demander que tous le méditent, afin d'éviter le ridicule, qui les couvre actuellement. G. P.-B.

Précis de pathologie chirurgicale. (Masson et Cie.)

Ce précis, publié par Begouin, Bourgeois, Pierre Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, Proust et Tixier, est destiné à remplacer le « Manuel des Quatre Agrégés ». Ce dernier ouvrage, en effet, comme le dit à juste titre le professeur

Reclus « a, pendant plus de vingt ans, contribué pour une large part à l'instruction des futurs chirurgiens. Mais les auteurs de ce manuel ont dû, par la force des événements, abandonner leur tâche et laisser à de plus jeunes le soin d'élaborer une œuvre nouvelle tout imprégnée des principes de la chirurgie moderne ».

Le « Précis de pathologie chirurgicale » est un manuel excellent. Ecrit par de jeunes maîtres qui ont suivi avec ardeur les progrès incessants de la chirurgie, l'ouvrage est clair, précis, ne disant que ce qu'il faut dire et le disant avec élégance et simplicité. L'étudiant le lira certainement avec intérêt et profit.

Les deux premiers volumes, qui viennent de paraître, contiennent : le premier les maladies générales des tissus, les affections du crâne et du rachis ; le second, les affections du cou, de la tête et du thorax. A. S.

Faculté de médecine de Paris.

du 22 au 27 mars 1909.

EXAMENS DE DOCTORAT.

Lundi 22 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Retterer et Rieffel. 1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Nicolas et Pierre Duval ; — (2 série) : MM. Brissaud, Reclus et Branca ; — (3 série) : MM. Segond, Macaigne et Mulon ; — M. Zimmern, suppléant. 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Legry, suppléant.

Mardi 23 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin. 1er (oral); MM .Prenant, Quénu et Rémy, 4e MM. Chantemesse, Thoinot, et Richaud ; — M. André Broca, suppléant. 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot ; — M. Lannois, suppléant.

Mercredi 24 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Gosset et Branca. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique ; MM. Gautier, Blanchard et Legry. 1er (oral, 1re série) : MM. Delbet, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Hartman, Macaigne et Mulon ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 25 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Morestin et Lenormant. 3e (oral 2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt. 1er oral) : MM. Prenant, Remy et Thiéry. 3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Fernand Bezançon. 4e : MM. Pouchet, Chantemsse et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 26 *mars*, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique* : MM. Nicolas, Hartmann et Branca. 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez. 1er (oral, 1r série) : MM. Brissaud, Reclus et Mulon ; — (2e série) : MM. Segond, Rieffel et Macaigne. 2e : MM. Gautier, Retterer et Langlois ; — M. Zimmern, suppléant. 5e (chirurgie, 1re partie). *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Puierre Duval et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé suppléant. 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Lœper, suppléant.

B. — THÈSES DE DOCTORAT.

Mercredi 24 *mars* 1909, à 1 heure. — M. CORDIER : De l'influence des sels neutres sur la diagestion tripsyque des albuminoïdes : MM. Ch. Richet, Pouchet, Roger, Zimmern, — M. GARRELON : Etudes expérimentales sur la polypnée thermique : MM. Ch. Richet, Pouchet, Roger, Zimmern. — M. LADEN : Etude de l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé de mammifère : MM. Pouchet, Ch. Richet, Roger, Zimmern. — M. DUCLOS : Les traitements électriques du zona. Leur pathogénie. Leurs résultats : MM Roger, Ch Richet, Pouchet, Zimmern. — M. BEC : Contribution à l'étude du traitement des ankyloses de la hanche par la méthode de l'interposition musculaire : MM. Reclus, Segond, Pierre Duval, Ombrédanne. — M. GAUTHIER : L'ulcère leucoplasique et les ulcérations de la leucoplasie ; MM. Reclus, Segond, Pierre Duval, Ombrédanne. — M. BATTESTI : Contribution à l'étude du bec-de-lièvre médian inférieur ; MM. Segond, Reclus, Pierre Duval Ombrédanne. — M. SWIECINSKI : Sur l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure ; MM. Segond, Reclus, Pierre Duval, Ombrédanne.

Jeudi 25 *mars* 1909, à 1 heure. — M. OUALID : Traitement de la sciatique par les injections de solutions salines dans le nerf : MM Raymond, Alb. Robin, Thoinat, Claude. — M. MEIGNAN : Nystagnus de myoclonie : MM. Raymond, Alb. Robin, Thoinot, Claude. — Mlle HAIMOVITCH : Débuts aigus et suraigus (à forme de diverses affections abdominales) de la péritonite tuberculeuse : MM. Alb. Robin, Raymond, Thoinot, Claude. — M. COLARD : De la nécessité des obitoires ; MM. Thoinot, Raymond, Alb. Robin, Claude. — M. RENBSAET. Essai sur les vraies et fausses exostoses ostéogéniques multiples : MM. Hutinel, Bar, Ribemont-Dessaignes, Nobécourt. — M. AGEORGES ; Recherches cliniques sur la valeur alimentaire du nourrisson ; MM. Bar, Hutinel, Ribemont-Dessaignes, Nobécourt. — Mme BRUINGHAUS-BRADOUÉ : Contribution à l'étude de l'hémorrhagie dans les ruptures utérines ; MM. Ribemont-Dessaignes, Hutinel, Bar, Nobécourt— M. LORY : Contribution à l'étude de la lithiase bilatérale, rénale et urétérale ; MM . Pozzi, De Lapersonne, Marion, Auvray, — M. JULIN : Les paralysies des oculogyres, leurs associations et leurs associations : MM. De Lapersonne, Pozzi, Marion, Auvray.

Histoire de la médecine. — Le Prof. A. CHAUFFARD a commencé le cours *d'histoire de la médecine et de la chirurgie* le 19 *mars* 1909, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure (petit amphithéâtre).

Maladies des voies urinaires. — M. LENORMANT, agrégé, chargé du cours, a commencé ses leçons le mercredi 17 *mars* 1909, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à 10 heures (hôpital Necker).

Neuropathologie avec démonstrations cliniques et anatomiques. — M. Henri CLAUDE, agrégé, a commencé ces conférences de Pathologie du système nerveux, accompagnées de démonstrations cliniques et anatomiques, le mardi 16 *mars* 1909, à 5 h. 1/2 du soir, à la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique), et les continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Programme du cours : Affections du cerveau.

Cours de vacances de la Faculté, à la clinique médicale infantile (service de M. le Prof. Hutinel), du 24 mars au 17 avril). — 29 *mars*, 4 h. soir : M. BABONNEIX, La croissance et l'alimentation des enfants.

30 *mars*, 4 h. soir : M. DARRÉ, Scarlatine ; — 5 h. ; M. PAISSEAU, Pneumonie.

31 *mars*, 4 h. soir : M. BABONNEIX. Encéphalopathies de l'enfance ; — 5 h, : M. MERKLEN. Ictères. Cirrhoses.

1er *avril* .4 h. soir : M. DARRÉ. Rougeole. Varicelle ; — 5 h. : M. PAISSEAU. Broncho-pneumonies.

2 *avril*, 4 h. soir : M. BABONNEIX. Encéphalopathies de l'enfance ; — 5 h. : M. MERKLEN. Albuminurie et néphrites.

3 *avril*, 4 h. soir : M. DARRÉ. Coqueluche.

5 *avril*, 4 h. soir : M. PAISSEAU. Adénopathies trachéo-bronchiques ; — 5 h., M. DARRÉ. Oreillons.

6 *avril*, 4 h. soir : M. BABONNEIX. Epilepsie. Tétanie ; — 5 h. M. NOBÉCOURT. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

7 *avril*, 11 h. matin : M. TIXIER. Rachitisme ; — 4 h. soir : M. PAISSEAU. Pleurésies ; — 5 h. ; M. DARRÉ. Fièvre typhoïde.

8 *avril*, 4 h. soir ; M. BABONNEIX. Chorée. Hystérie ; — 5 h., M. NOBÉCOURT. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

9 *avril*, 4 h. soir : M. PAISSEAU. Tuberculose pulmonaire ; — 5 h.: M. DARRÉ. Diphtérie.

10 *avril*, 11 h. matin : M. TIXIER. Anémies de l'enfance ; — 4 h. soir : M. MERKLEN. Rhumatisme articulaire aigu ; — 5 h .: M. NOBÉCOURT. Affections gastro-intestinales des nourrissons.

13 *avril*, 4 h. soir : M. VOISIN. Tuberculose des nourrissons ; — 5 h. ; M. DARRÉ. Diphtérie.

14 *avril*, 11 h. matin : M. VOISIN, Méningites ; — 4 h. soir : M. FERRAND. Syphilis héréditaire ; — 5 h. : M. MERKLEN. Tuberculose génito-urinaire.

15 *avril*, 4 h. soir : M. VOISIN. Méningites ; — 5 h. M. NOBÉCOURT. Cardiopathies chroniques.

17 *avril* : 4 h. soir : M. FERRAND. Erythèmes. Pemphigus ; — 5 h. : M. TIXIER. Purpura. Maladies de Barlow.

15 *avril*, 11 h. matin : M. VOISIN. Paralysie infantile. Paralysies diphtériques ; — 4 h. soir : M. FERRAND. Eczéma. Impétigo ; — 5 h. ; M. NOBÉCOURT. Cardiopathies chroniques.

TRAVAUX ORIGINAUX

La tuberculose génitale de la femme (1);

Par Ch. **LENORMANT**,
Agrégé. Chirurgien des hôpitaux.

Sur 21 laparotomies pour salpingites ou suppurations pelviennes faites, dans ces trois derniers mois, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 3 fois il s'agissait indiscutablement de lésions tuberculeuses. Cette proportion de 1 sur 7 peut paraître considérable, étant donnée la faible place que tient la tuberculose utéro-annexielle dans les traités classiques. On a longtemps considéré cette localisation de la tuberculose comme une rareté, et les quelques lignes qui lui sont généralement consacrées contrastent avec l'importance des chapitres où est étudiée la tuberculose génitale de l'homme. Il a fallu le grand développement moderne de la chirurgie gynécologique pour que l'on reconnût la fréquence relative des métrites et des annexites tuberculeuses et leur importance dans la pathologie génitale.

Dans ces dix dernières années surtout, gynécologues e chirurgiens se sont occupés de cette question qui a faitt en 1902, au IVe Congrès international de Gynécologie e, d'Obstétrique, le sujet de rapports d'Amann, J.-L. Fauret Martin (de Greifswald) et J. Veit. L'année précédente, dans sa thèse, inspirée par Bouilly et dans un travail, paru dans la *Revue de chirurgie*(2), Mlle Gorovitz avait donné une étude très complète et très documentée de la tuberculose génitale de la femme. Depuis cette époque, les recherches se sont poursuivies et ont permis de mieux préciser les caractères anatomiques et cliniques de l'affection.

Celle-ci est loin d'être exceptionnelle : Martin, Edebohls, estiment à 3 ou 4 p. 100 la proportion des lésions tuberculeuses rencontrées au cours des laparotomies gynécologiques ; et l'on pourrait trouver aisément des séries où le pourcentage est plus élevé encore ; ainsi la série personnelle que je citais au début de cet article (3 sur 21), celle de Penrose et Beyea qui, sur 65 laparotomies pour salpingites, trouvent 9 cas de tuberculose, celle de Kaarsberg (Copenhague) qui, sur 289 annexites opérées par lui, en trouve 28 tuberculeuses.

La tuberculose génitale, qui est une maladie de tous les âges, mais surtout fréquente à la période d'activité sexuelle, peut être *primitive*, c'est-à-dire constituer la seule ou la première localisation du bacille de Koch dans l'organisme, ou *secondaire* à quelque autre tuberculose plus ou moins éloignée, le plus souvent pulmonaire, intestinale, péritonéale ou ganglionnaire. Cette dernière variété est certainement la plus fréquente, et de beaucoup. Il est difficile d'ailleurs de connaître la proportion exacte des tuberculoses génitales primitives : Orthmann, Merletti, donnent le chiffre de 18 p. 100, certainement trop élevé, car on ne doit tenir compte que des observations avec autopsie complète ; on sait, en effet, combien sont habituels les foyers tuberculeux latents. Amann nie presque l'existence de la tuberculose génitale primitive ; J. Veit la croit extrêmement rare et, de toutes les observations publiées comme telles, n'en retient que 16 indiscutables (11 de la trompe et 5 de l'utérus). Dans la règle, par conséquent, les bacilles qui envahissent les organes génitaux proviennent d'un foyer à distance et y sont amenés par le courant sanguin ou parfois (tuberculose péritonéo-intestinale avec adhérences) par les lymphatiques. Sous le nom de tuberculose *primitive secondaire*, Pozzi admet un autre mode possible de contamination des organes génitaux par un foyer tuberculeux éloigné : les crachats d'une phtisique, les matières fécales d'une femme atteinte de tuberculose de l'intestin peuvent être transportés directement à la vulve et, avec eux, le bacille qui se greffera plus ou moins haut dans l'appareil génital.

Sauf ces cas, s'ils existent, toute tuberculose génitale secondaire est une tuberculose *descendante*, circulatoire Il en est très vraisemblablement de même pour la tuberculose primitive et le bacille, qui a pénétré sans laisser de traces au niveau du poumon ou de la muqueuse intestinale, est charrié par le sang jusqu'à l'utérus et aux annexes. Mais on a également admis, pour cette tuberculose primitive, l'existence d'une infection *ascendante*, et spécialement d'une *infection par le coït* avec un sujet tuberculeux. La question a été longuement débattue et on a essayé de la trancher par l'expérimentation. Deux points étaient à résoudre : d'une part, le sperme d'un individu tuberculeux renferme-t-il des bacilles de Koch, est-il infectant ; d'autre part, les bacilles transportés sur la muqueuse vaginale, utérine ou tubaire sont-ils susceptibles de s'y greffer ?

Lorsqu'il s'agit d'un homme présentant des lésions tuberculeuses des organes génitaux, testicule ou épididyme, vésicules séminales ou prostate, la présence de bacilles dans le sperme est certaine et se comprend aisément. Mais, lorsqu'on a affaire à un tuberculeux sans lésions génitales, le fait apparaît beaucoup plus douteux. Cohnheim, Verneuil, Verchère, Fernet, l'ont affirmé en se basant sur des observations cliniques, mais on sait à quel point celles-ci sont toujours discutables en pareille matière. Les expériences d'inoculation de sperme d'animaux tuberculeux ont donné des résultats contradictoires : positifs entre les mains de Landouzy et Martin, Sirena et Pernice, Gærtner ; négatifs dans les recherches de Westermayer, Rohlff. Il n'est donc pas établi d'une façon certaine que le coït avec un phtisique (sans lésions génitales) puisse être une cause de tuberculisation des organes sexuels de la femme ; d'autant que les bacilles introduits dans les voies génitales ne s'y développent pas constamment.

Sur ce second point, tous les expérimentateurs sont d'accord : Péraire, Cornil et Dobroklonsky, Jung et Benneke ont obtenu des résultats positifs, mais non constants, par injection de cultures bacillaires dans l'utérus. Popoff a précisé les conditions nécessaires au succès de ces inoculations : toutes les fois que la muqueuse est intacte, le résultat est négatif ; pour obtenir un résultat positif, il faut une lésion traumatique de la muqueuse. Mlle Gorovitz a montré la différence de réceptivité des diverses parties de la voie génitale : alors que toutes les tentatives d'inoculation vaginale sont restées vaines, le dépôt d'une culture tuberculeuse à la surface de la muqueuse tubaire intacte a constamment amené la tuberculisation des cobayes.

Il ne faut pas, du reste, attacher trop d'importance à cette discussion pathogénique. La tuberculisation ascendante, la tuberculisation par le coït de l'appareil génital de la femme, si elle existe (ce que je crois douteux), doit être infiniment rare ; comme le dit Amann : « parmi les voies d'inoculation de la tuberculose génitale chez la femme, la voie sanguine seule a été démontrée d'une façon certaine ».

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu.

(2) Marie Gorovitz. — De la tuberculose génitale chez la femme. *Revue de chirurgie*, XXIII, pp. 532 et 772, et XXIV, pp. 216, 334 et 476, 1901.

Quelle qu'en soit l'origine, primitive ou secondaire, la tuberculose peut frapper, isolément ou simultanément, toutes les parties de l'appareil génital, mais elle les atteint avec une fréquence très inégale : rare là où la muqueuse est protégée par un épithélium pavimenteux stratifié, c'est-à-dire à la *vulve*, au *vagin*, au *col de l'utérus*, elle devient plus fréquente sur la *muqueuse du corps utérin* et dans l'*ovaire* ; mais c'est surtout la *trompe* qui constitue son siège d'élection et la tuberculose génitale est, presque toujours et avant tout, une salpingite tuberculeuse. En outre, dans la plupart des cas, le péritoine pelvien participe à l'infection et présente des lésions plus ou moins étendues : il y a une *pelvi-péritonite tuberculeuse*, qui est à la tuberculose génitale ce que la pelvi-péritonite aiguë est aux annexites gonococciques ou streptococciques.

Il faut envisager successivement ces diverses localisations de la tuberculose génitale.

I. Vulve et vagin. — La tuberculose vulvaire et vaginale est fort rare ; mais, chose curieuse, elle est relativement très fréquente chez l'enfant : alors que la tuberculose utéro-ovarienne est exceptionnelle avant la puberté, la moitié des tuberculoses vaginales (Gorovitz, Amann), le quart des tuberculoses vulvaires (Bender) ont été observées chez des petites filles.

Les lésions, en particulier à la vulve, rappellent celles de la tuberculose cutanée : c'est une infiltration diffuse avec des follicules peu nombreux et des cellules géantes, se rencontrant surtout au voisinage des vaisseaux ; les bacilles y sont très rares.

Cliniquement, la *tuberculose de la vulve* se présente sous deux aspects : une forme *ulcéreuse* qui est la plus fréquente (29 fois sur 32) et la mieux connue, et une forme *hypertrophique non ulcéreuse* individualisée par Bender (1) qui n'a pu en trouver que 3 observations (2 personnelles et 1 de Pœverlein). L'ulcération tuberculeuse se présente à la vulve avec ses caractères habituels de perte de substance irrégulière, anfractueuse, à bords déchiquetés, à fond caséeux, parfois entourée d'une semis de grains jaunes ou grisâtres. La tuberculose hypertrophique de la vulve constitue tantôt de véritables tumeurs simulant un néoplasme comme le sarcome (Pœverlein), tantôt une sorte d'hypertrophie, d'œdème dur des grandes ou des petites lèvres (Bender), dont le diagnostic exact est impossible sans le secours du microscope.

La *tuberculose du vagin* est aussi, dans la majorité des cas, une tuberculose *ulcéreuse*. Les ulcérations sont parfois très étendues en surface ou en profondeur et Daurios admet même qu'elles peuvent perforer complètement les parois vaginales et établir une communication anormale avec la vessie, l'urètre ou le rectum. Mais il est bien probable que ces fistules vésico-ou recto-vaginales tuberculeuses ont leur point de départ dans une lésion primitive de la vessie ou du rectum, organes dont la tuberculose est beaucoup plus fréquente que celle du vagin,

A côté de cette forme ulcéreuse de la tuberculose vaginale, on décrit une forme caractérisée par le développement de *granulations miliaires* plus ou moins abondantes à la surface de la muqueuse ; elle présente moins d'intérêt clinique que la précédente, car elle est rarement isolée et accompagne, soit d'autres lésions de l'appareil génital, soit une tuberculose généralisée.

II. — Col de l'utérus. — La tuberculose du col utérin est également rare. Spaeth, en 1885, n'en trouvait que 6 cas sur 119 observations de tuberculose génitale ; Mlle Gorovitz en réunit 24 observations et, plus récemment, Pollosson et Violet (1) arrivent au chiffre total de 57 cas. Tantôt elle est la seule localisation génitale de la tuberculose (cas de Williams, Kaufmann, Friedländer, etc.), tantôt elle accompagne des lésions du corps ou des annexes.

Son aspect et sa localisation sont variables. Le plus souvent, elle siège sur le museau de tanche et l'orifice externe du col ; plus rarement, elle se localise au canal cervical. Au *museau de tanche*, on retrouve les deux formes, tuberculose *granulique* et tuberculose *ulcéreuse*, déjà signalées dans le vagin : la première est rare et sans grand intérêt, la seconde est certainement le type le plus habituel de la tuberculose du col (24 cas). Mais il en existe une troisième, spéciale au col, la *forme végétante*, observée par Péan, Vitrac, Pollosson, en France, Emmanuel, Kaufmann, Frænkel, en Allemagne, Young, en Angleterre ; elle est particulièrement intéressante par son analogie avec le cancer et, dans la plupart des cas, c'est ce diagnostic qui a été porté et la nature des lésions n'a été reconnue qu'à l'examen histologique. Vitrac croit cependant que cette analogie n'est pas complète et que certains caractères différentiels peuvent permettre de faire un diagnostic exact : « Véritable chou-fleur de consistance bien différente de la dureté spéciale, mal limitée, des épithéliomas, la tumeur est, dans l'ensemble, molle ou élastique comme le col lui-même sur lequel elle repose ; sur le col décoloré, anémié, se détache la coloration rouge vif ou rouge vineux des parties végétantes ; à leur surface, on peut trouver un dépôt gélatineux, rosé, non adhérent, composé de débris cellulaires baignant dans du mucus parfois sanguinolent ». En outre, les hémorragies sont rares et peu abondantes, les douleurs spontanées manquent, tandis que le toucher, indoloré dans le cancer, est très douloureux dans la tuberculose (Vitrac).

La tuberculose du *canal cervical*, dont les observations sont très peu nombreuses, a été rencontrée jusqu'ici sous deux aspects différents : tantôt, comme dans les faits de Klobb et de Brouha (2), c'est une sorte de caverne ulcéreuse creusée dans le tissu du col, tantôt, comme dans ceux de Glockner, Hanska, Spæth, Pollosson, etc., c'est une végétation polypeuse à siège intra-cervical qui souvent ne peut être reconnue qu'après dilatation du col.

III. Corps utérin. — Tandis que les localisations précédentes sont des raretés, la tuberculose utérine est relativement fréquente ; encore beaucoup de cas doivent-ils passer inaperçus et les observations en seraient infiniment plus nombreuses si l'on examinait systématiquement au microscope tous les débris de muqueuse ramenés par le curettage des utérus métritiques. Martin, à Greifswald, a pratiqué dans 1500 cas l'examen de la muqueuse utérine et il a trouvé 24 fois de la tuberculose ; Vassmer en observe 6 cas en dix mois à la clinique de Gœttingue ; Cullen (3) 40 cas en six ans au John Hopkins Hospital ; l'affection est donc loin d'être rare. On l'a vu parfois se développer à la suite de la grossesse (Hoffmann, Breus). Dans un cas d'Archambault et Pearce (4), la tuberculose s'était greffée sur un adéno-myome utérin.

Les lésions sont toujours localisées primitivement à la muqueuse. Parfois (*tuberculose miliaire disséminée*) on

(1) X Bender. — La tuberculose de la vulve. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, X, p. 867, 1906.

(1) Aug. Pollosson et Violet. — La tuberculose du col de l'utérus. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, X, p. 205, 1906.

(2) Brouha. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, VI, p. 595, 1902.

(3) Cullen. — Tuberculosis of the pelvic organs in the female. (*Canada Lancet*, 1903.)

(4) Archambault et Pearce. — Tuberculose d'un adéno-myome de l'utérus. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, XI, p. 3, 1907.)

note seulement un semis, souvent très abondant, de granulations jaunâtres à la surface de celle-ci ; cette forme est généralement associée à des lésions tuberculeuses des trompes et du péritoine pelvien, comme chez une malade que j'ai opérée, en 1904, à l'hôpital Lariboisière.

La malade, âgée de 22 ans, ne présentait aucun antécédent génital (ni accouchement, ni fausse couche). L'examen montrait l'existence de salpingites bilatérales, plus volumineuse à gauche, d'apparence banale. Comme la malade avait été soignée, l'année précédente, pour un début de tuberculose pulmonaire, on avait émis, sans y insister autrement, l'hypothèse de tuberculose annexielle. La laparotomie montra des lésions beaucoup plus accentuées que ne l'avait fait croire l'examen : les deux trompes étaient enflammées et leur surface était parsemée de granulations tuberculeuses ; à gauche, la trompe renfermait du pus; des adhérences nombreuses et vasculaires fixaient le côlon pelvien et l'intestin grêle aux annexes gauches et à l'utérus ; leur libération fut difficile et longue ; la vessie refoulée, adhérente à l'utérus et infiltrée, fut ouverte au cours de l'opération et suturée ; l'utérus et les annexes furent enlevés par hystérectomie supra-vaginale ; au moment de la section du col, un peu de pus grumeleux s'écoula de la cavité utérine. La face interne des trompes, la muqueuse utérine, étaient parsemées de granulations tuberculeuses. Malheureusement la malade, déjà très affaiblie, ne put supporter cette laborieuse opération et elle succomba au bout de 48 heures à des accidents d'infection.

D'autres fois, les granulations s'accompagnent de lésions d'endométrite glandulaire chronique ; les tubercules sont disséminés entre les glandes, au voisinage des vaisseaux. C'est *l'endométrite tuberculeuse* (Cornil, Franqué) qui est le type le plus habituel de la tuberculose utérine. En certains points les granulations confluent et il peut en résulter, soit la formation d'un *noyau caséeux* situé en pleine épaisseur de la paroi utérine (Bland Sutton), soit une *ulcération* plus ou moins étendue ; exceptionnellement, on a vu ces ulcérations creuser en profondeur, envahir la musculeuse et aboutir finalement à la rupture utérine (cas de Cooper, de Guzzi).

Lorsque l'orifice interne est oblitéré, ce qui n'est pas rare chez les vieilles femmes, les produits caséeux provenant des lésions de la muqueuse du corps peuvent distendre la cavité utérine, donnant naissance à une *pyométrie tuberculeuse*.

Si les lésions anatomiques de la tuberculose utérine sont bien connues, il n'en est pas de même de ses manifestations cliniques, ou plus exactement celles-ci sont vagues, banales, peu caractéristiques, et le diagnostic est, par suite, à peu près impossible : « A l'heure actuelle, nous ne possédons aucun signe pathognomonique de l'infection tuberculeuse des organes génitaux » (Martin). Les troubles présentés par ces malades sont, en effet, le banal syndrome utérin de toutes les métrites : douleurs abdominales et lombaires, troubles variés et inconstants de la menstruation, tantôt aménorrhée, tantôt métrorragies ; l'examen physique, au moins en ce qui concerne l'utérus, n'est guère plus instructif. On confondra donc fatalement ces lésions avec une métrite quelconque. Tout au plus pourra-t-on soupçonner le diagnostic exact, lorsque, chez une femme atteinte de métrite, avec annexite plus ou moins nette, on relèvera des antécédents de tuberculose pulmonaire ou péritonéale, contrastant avec l'absence des antécédents génitaux habituels (accouchement, avortement, infection gonococcique) ; on pensera aussi à la tuberculose en présence d'une métrite rebelle au traitement. Mais rien dans tout cela ne permet d'affirmer le diagnostic et celui-ci ne pourra être établi avec certitude que par l'examen microscopique des fongosités retirées par le curettage ; encore faut-il savoir que cet examen lui-même est parfois très difficile (Cornil).

IV. Ovaire. — La tuberculose ovarienne n'est pas fréquente et, lorsqu'elle existe, elle accompagne toujours ou presque toujours des lésions tubaires qui sont anatomiquement et cliniquement prédominantes. Guillemain (1), en 1894, réunissait 13 cas de tuberculose de l'ovaire, pour la plupart unilatéraux et siégeant à droite. Merletti trouve 27 fois des lésions de l'ovaire sur 172 observations de tuberculose génitale. Wolff (2) arrive à un total de 145 cas, mais Mlle Gorovitz n'en retient que 32 comme indiscutables.

Toujours il s'agit de tuberculose secondaire : J. Veit ne connaît pas un seul cas certain de tuberculose ovarienne primitive. Dans la presque totalité des cas, la tuberculose ovarienne s'accompagne de tuberculose tubaire ou péritonéale : les lésions du péritoine sont notées 17 fois sur 24, celles de la trompe ne manquaient que 3 fois (Gorovitz). On ne peut nier cependant la possibilité d'une tuberculose ovarienne isolée, sans participation de la trompe et du péritoine pelvien : Tomson en a publié un cas indiscutable.

Je signalerai également, en passant et bien que ces cas ne rentrent qu'indirectement dans la tuberculose génitale, la possibilité du développement de la tuberculose sur un kyste séreux ou dermoïde de l'ovaire. Prüsmann (3) a réuni 13 cas de cette complication rare des kystes ovariques.

Quelquefois les lésions tuberculeuses de l'ovaire ne peuvent être reconnues qu'à l'examen histologique et la glande paraît macroscopiquement normale (Wolff). Mais d'ordinaire l'ovaire tuberculeux est augmenté de volume, irrégulier, bosselé ; on l'a vu atteindre les dimensions d'une orange. Sa surface est parsemée de granulations miliaires. A la coupe, le tissu ovarien est marbré de foyers hémorragiques et de petits nodules caséeux. Dans quelques cas, on observe de véritables *abcès froids* de l'ovaire (Bouilly, Dalché.)

Cliniquement, l'histoire de la tuberculose ovarienne se confond avec celle de la salpingite tuberculeuse, qui cœxiste presque toujours et qu'il me reste à étudier maintenant.

V. Trompe utérine. — La trompe est le siège d'élection de la tuberculose génitale ; les cas de tuberculose utérine ou ovarienne sans lésion tubaire sont, on vient de le voir, l'exception. La statistique de Spæth, plus haut citée, donne 103 localisations salpingiennes sur 119 cas de tuberculose génitale ; celle de Merletti, 157 tuberculoses de la trompe sur 172 cas.

Les lésions de la trompe peuvent exister seules ou s'accompagner d'altérations tuberculeuses du reste de l'appareil génital : péritoine pelvien surtout, assez souvent utérus, quelquefois ovaire. Elles sont rarement unilatérales et la règle est que les deux trompes soient atteintes, mais souvent à des degrés inégaux.

Comme dans les salpingites ordinaires, la trompe peut occuper un siège variable par rapport à l'utérus, tantôt sur les côtés, tantôt en avant, le plus souvent en arrière, prolabée dans le cul-de-sac de Douglas. Souvent, mais non toujours, elle est entourée d'adhérences qui l'unissent à l'utérus, à l'intestin, à l'épiploon, aux parois du bassin ; ces adhérences sont habituellement épaisses, char-

(1) Guillemain. — La tuberculose de l'ovaire. (*Revue de Chirurgie*, 1894.)
(2) Wolff. — Ueber die Tuberkulose des Eierstocks. (*Archiv. f. Gynækologie*, LII.)
(3) Prussmann. — Zur Tuberkulose der Eierstocksgeschwülste. (*Archiv. f. Gynækologie*, LXVIII, 1903.)

nues, très vasculaires ; elles relèvent de la pelvi-péritonite tuberculeuse concomitante ; elles sont difficiles à décoller et leur libération donne en général une hémorragie assez abondante. On rencontre quelquefois un abcès, indépendant de la trompe, enkysté au milieu de ces adhérences (Knauer.)

Les lésions de la trompe elle-même sont variables. Elles se réduisent parfois à un semis de granulations disséminées sur la surface extérieure de l'organe : c'est alors une tuberculose du péritoine plus que de la trompe elle-même. La *salpingite catarrhale avec tuberculose miliaire de la muqueuse* ressemble beaucoup macroscopiquement à une salpingite banale ; la trompe est allongée, plus ou moins flexueuse, congestionnée ; ses parois sont un peu épaissies; la muqueuse, de coloration rouge foncé, présente habituellement des végétations, des saillies papillaires ; on croirait à une inflammation gonococcique ou streptococcique, n'était l'existence de granulations jaunes, en plus ou moins grand nombre, disséminées à la surface de la muqueuse ; le microscope confirme la nature tuberculeuse de ces granulations. Hegar et ses élèves ont beaucoup insisté, dans cette variété, sur l'aspect moniliforme de la trompe, qui présente une succession de renflements nodulaires séparés par des rétrécissements, et sur l'épaississement et l'induration de l'isthme tubaire ; ils en font des caractères spéciaux à la tuberculose tubaire, mais, en réalité, on rencontre souvent les mêmes altérations dans les salpingites non tuberculeuses.

La *salpingite chronique fibreuse* (Williams) peut être regardée comme une forme de guérison de la tuberculose salpingienne : les parois de la trompe sont épaissies, scléreuses ; on n'y rencontre que de rares tubercules.

Lorsqu'au contraire, les lésions sont plus graves et plus profondes, elles aboutissent à la *salpingite caséeuse*, au *pyosalpinx tuberculeux*. La trompe, fermée par agglutination des franges du pavillon, renferme une quantité plus ou moins abondante de pus et de détritus tuberculeux ; la face interne de la poche est tapissée de fongosités ; sa paroi est infiltrée de foyers caséeux. On a vu ces abcès tuberculeux s'ouvrir, comme un pyosalpinx chaud, dans le rectum (Verneuil) ou la vessie (Fernet). Dans quelques cas, où les lésions sont anciennes et arrêtées dans leur évolution, le pus et la matière caséeuse se crétifient ; c'est une terminaison fréquente dans les vieux foyers tuberculeux, quel qu'en soit le siège.

Récemment, Albertin (1) et son élève Bertrand (2) ont individualisé, sous le nom d'*abcès froids tubaires*, un type assez particulier de ces pyosalpinx tuberculeux. La lésion, le plus souvent primitive, est toujours bilatérale : les deux trompes sont transformées en deux poches symétriques, en forme de cornemuse, lisses, régulières, sans adhérence, de dimensions habituellement considérables ; on les a vu acquérir le volume d'une tête de fœtus ; elles renferment jusqu'à 500 gr. et 1 litre de pus, ayant les caractères habituels du pus tuberculeux et dont l'inoculation au cobaye est positive. La face interne de la poche est lisse et d'aspect séreux. Sa paroi est fibreuse, avec de rares tubercules disséminés dans la sous-muqueuse. Une de mes observations se rapproche de cette variété de tuberculose tubaire.

La malade, âgée de 25 ans, ne présentait aucun antécédent génital (ni accouchement, ni fausse couche). Bien portante jusqu'au mois d'août 1908, elle avait ressenti à cette époque quelques douleurs abdominales, vagues et passagères, accompagnées de pertes blanches peu abondantes ; ces douleurs reparurent en décembre, au moment des règles, puis au début de janvier 1909 ; en même temps, la malade perdait l'appétit, avait des nausées ; ces troubles la déterminèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu, où l'on constata l'existence d'une double salpingite.

On pratiqua la *laparotomie* le 20 janvier 1909 : l'utérus est en antéversion, de volume normal ; en arrière de lui, le cul-de-sac de Douglas est occupé par deux pyosalpinx symétriques, ayant la forme et les dimensions d'une grosse poire, fixés seulement par quelques adhérences. Sur le péritoine vésical et utérin et à la surface des ovaires, qui paraissent, par ailleurs, normaux, on aperçoit quelques granulations tuberculeuses, en assez petit nombre. On dégage d'abord la poche salpingienne droite, qui est crevée pendant sa libération, puis on pratique l'hystérectomie totale par le procédé américain et l'on termine par la décortication de la trompe gauche qui est enlevée intacte. Hémostase ; drainage vaginal ; cloisonnement du bassin ; suture de la paroi abdominale à trois plans.

Les *suites* furent régulières, sauf l'apparition, au 15e jour, d'une tuméfaction douloureuse, siégeant au niveau du pédicule ovarien gauche et accompagnée de fièvre ; ces accidents cédèrent en quelques jours à l'application de glace. La plaie se réunit par première intention et la malade quitta le service en parfait état, le 21 février.

Un cobaye avait été inoculé avec le pus de la trompe gauche ; il fut sacrifié au bout de 3 semaines et présentait une tuberculose généralisée.

Les lésions tuberculeuses de la trompe peuvent être plus atténuées encore : Albertin, dans l'article cité plus haut, se demande s'il n'y a pas des *hydrosalpinx tuberculeux*. Un cas, observé par Tomson, d'hydrosalpinx dont le liquide renfermait des bacilles de Koch démontre la réalité de cette conception ; Schrœder, au dire de Martin, aurait vu un fait analogue.

En terminant cette énumération des variétés anatomiques de la tuberculose salpingienne, je signalerai la possibilité de sa *coexistence avec une grossesse tubaire* ; il est probable que, dans ce cas, les altérations de la trompe ont favorisé le développement de la grossesse ectopique, au même titre que peut le faire une salpingite banale. Pour rare qu'elle soit, cette association a été rencontrée un certain nombre de fois : Mlle Gorovitz cite les deux cas de Whartin et Strober ; J. Veit, ceux de Freericks, Oidtmann, Alexandre et Mozkowicz. On pourrait donner une semblable interprétation de l'un de mes cas personnels, dans lequel coexistaient de la salpingite et de la pelvi-péritonite tuberculeuses et une hématocèle. On ne peut affirmer qu'il y ait eu dans ce cas grossesse ectopique, puisqu'il y a d'autres causes d'hématocèle qu'une grossesse tubaire et que l'ovaire malade, les fausses membranes, si souvent vasculaires dans la tuberculose, peuvent être, eux aussi, le point de départ de l'hémorragie. Il est néanmoins intéressant de signaler cette association peu fréquente.

Il s'agissait d'une femme de 25 ans, ayant eu deux enfants et une fausse couche. Elle avait, depuis trois mois, des douleurs abdominales, plus marquées du côté gauche, sans fièvre. Au toucher, on sentait, des deux côtés les trompes augmentées de volume et douloureuses ; la masse salpingienne gauche était nettement plus grosse.

La *laparotomie* fut pratiquée le 3 décembre 1908. Dès l'ouverture du ventre, la nature tuberculeuse des lésions est évidente : le péritoine pariétal et viscéral est parsemé de granulations abondantes, surtout nombreuses à la surface de l'utérus et des annexes; la séreuse ne renferme qu'une faible quantité de liquide. A droite, la trompe est augmentée de volume, entourée d'adhérences, mais non kystique ; à gauche, il y a une tumeur annexielle, grosse comme le poing, remplissant en partie le cul-de-sac de Douglas et adhérente à l'intestin. On se débarrasse d'abord de la trompe droite et de l'utérus (hystérectomie supra

(1) Albertin. — Des abcès froids tubaires. (*Lyon chirurgical*, I, p. 1., 1908.)
(2) Bertrand. — Des abcès froids tubaires. (*Thèse de Lyon*, 1908.)

vaginale), sans s'occuper encore des annexes gauches. Puis on décortique, de bas en haut, la tumeur annexielle gauche : on constate alors que cette tumeur n'est pas constituée uniquement, comme on l'avait cru tout d'abord, par la trompe distendue ; celle-ci occupe la partie supérieure de la masse et, au-dessous d'elle, il y a une poche limitée par des fausses membranes et renfermant du sang noir et des caillots. On enlève les annexes gauches et la poche hématique, mais celle-ci est crevée et on ne peut en détacher les parois que par lambeaux. Suture du moignon cervical ; hémostase ; suture de la paroi abdominale à deux plans ; drainage abdominal.

Suites parfaites : la plaie se réunit *per primam* et la malade sort le 25 décembre, conservant encore une fistulette superficielle au niveau du trajet du drain.

Les symptômes de la tuberculose tubaire diffèrent peu de ceux des salpingites banales et, dans la majorité des cas, le diagnostic exact n'est pas fait ; il en fut ainsi chez mes malades. En particulier, les signes physiques sont identiques dans les deux affections. L'épaississement de la corne utérine, l'état moniliforme de la trompe, indiqués par Hegar et Wieland comme des caractères pathognomoniques de la tuberculose, sont, en réalité, sans valeur ; de même pour les grandes oscillations thermiques à maxima vespéraux avec température normale le matin, auxquelles Senn attribue une certaine valeur diagnostique, mais qui manquent dans la plupart des cas.

Ce sont bien plutôt les antécédents et l'allure générale de l'affection qui orienteront le diagnostic dans le sens de la tuberculose : on y pensera chez les femmes qui, avec des signes physiques de salpingite bilatérale, ont des antécédents héréditaires ou personnels tuberculeux (adénite, lésions pulmonaires, péritonite bacillaire), chez celles dans le passé génital desquelles on ne retrouve pas les causes habituelles de l'infection utéro-annexielle (puerpéralité, blennorrhagie) ; on y pensera aussi en présence de salpingites volumineuses à évolution froide, sans grandes douleurs, sans fièvre, sans ces épisodes aigus de pelvi-péritonite qui sont si habituels dans la salpingite streptococcique ou gonococcique. Seul l'examen direct des lésions permet un diagnostic ferme ; mais, dans un certain nombre de cas, on pourra le soupçonner, d'après les éléments que je viens d'énumérer. Albertin, renseigné par deux faits antérieurs, a pu, chez sa troisième malade, affirmer avant l'opération l'existence d'abcès froids tubaires.

Dans ce dernier cas, les signes physiques sont, du reste, assez particuliers : tumeurs bilatérales, volumineuses, manifestement liquides, mobiles, indolores, indépendantes de l'utérus ; on croirait à un kyste ou à un gros hydrosalpinx, plutôt qu'à une salpingite ordinaire.

VI. Pelvi-péritonite tuberculeuse. — La tuberculose du péritoine pelvien est l'une des formes les plus anciennement connues de la tuberculose génitale de la femme. Brouardel l'a individualisée dans sa thèse, en 1865, et Peter l'a étudiée après lui. Un assez grand nombre de travaux plus modernes ont complété nos connaissances sur ce sujet, parmi lesquels il faut particulièrement signaler ceux de Bouilly, qui a rattaché à la tuberculose péritonéale à point de départ génital certaines variétés d'ascite, décrites autrefois par Cruveilhier sous le nom d'*ascite idiopathique des jeunes filles*.

On peut rencontrer dans le bassin tous les types anatomiques de la tuberculose péritonéale : *granulations disséminées*, qui sont très fréquentes, — forme *ascitique* avec épanchement libre ou plus souvent enkysté, susceptible d'acquérir de très grandes proportions (jusqu'à 10 et 12 litres) avec des lésions très limitées (Bouilly), — forme *ulcéro-caséeuse*, — forme *fibreuse*, qui est rare. Mais dans tous les cas, et ce fait est d'importance capitale au point de vue pronostique et thérapeutique, les lésions du péritoine sont toujours secondaires à une tuberculose plus ou moins étendue des organes génitaux.

Mlle Gorovitz décrit deux formes cliniques de cette pelvi-péritonite tuberculeuse : une forme *aiguë* et une forme *chronique d'emblée*, celle-ci beaucoup plus fréquente.

La première s'accompagne de douleurs assez vives, de réaction fébrile, de nausées et de vomissements et simule en tous points la pelvi-péritonite aiguë banale. La crise dure quelques jours, puis s'éteint, laissant subsister seulement les lésions de tuberculose utéro-annexielle, ou bien elle aboutit graduellement au développement de la péritonite chronique.

La pelvi-péritonite tuberculeuse chronique peut n'être qu'un épiphénomène, sans histoire clinique particulière, surajouté à la tuberculose de l'utérus ou des trompes ; j'ai dit plus haut que son existence était de règle dans ce cas. D'autres fois, en particulier dans la forme ascitique, la lésion péritonéale devient prédominante en clinique et attire seule l'attention. Chez une femme ou une fille, habituellement jeune, présentant constamment des troubles menstruels, et presque toujours de l'aménorrhée (Bouilly), on observe une augmentation propressive du volume du ventre, accompagnée d'amaigrissement, de quelques douleurs abdominales vagues et parfois d'un peu de défense de la paroi. Bientôt l'existence d'un épanchement liquide abondant est évidente. L'ascite, comme l'a bien montré Bouilly, est généralement enkystée : même lorsqu'il est en quantité considérable, le liquide ne se déplace pas et l'on ne peut transmettre la sensation de flot d'un flanc à l'autre ; le ventre pointe en avant et la collection peut être aisément confondue avec un kyste de l'ovaire.

La pelvi-péritonite tuberculeuse, surtout la variété ascitique, ne comporte pas toujours un très mauvais pronostic. Elle peut, dans des cas d'ailleurs exceptionnels, guérir spontanément. Elle est surtout curable par le traitement chirurgical : des succès très nombreux ont été publiés ; la statistique de Bouilly est particulièrement instructive à cet égard, puisqu'elle compte 12 succès sur 12 opérations et que le plus grand nombre de ces guérisons ont été constatées à longue échéance.

L'une de mes observations, que je résume ici, est un cas de pelvi-péritonite tuberculeuse à forme granulique coexistant avec un fibrome utérin.

La malade, âgée de 41 ans, souffre, depuis trois mois, de douleurs abdominales ; elle n'a jamais eu de métrorragies. L'examen montre l'existence d'une tumeur utérine, arrondie et régulière, grosse comme une tête d'enfant, débordant la symphyse de quatre ou cinq travers de doigt. Le diagnostic de fibrome est évident, mais de plus les annexes sont gros et douloureux à droite ; il y a donc de la salpingite.

A l'auscultation, tuberculose commençante des sommets.

La *laparotomie* fut pratiquée le 21 novembre 1908. A l'ouverture du ventre, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux rougeâtre et l'on constate, sur le péritoine pariétal et viscéral du bassin et de la partie inférieure de l'abdomen, un semis abondant de granulations tuberculeuses ; les parties supérieures du ventre, la plus grande masse de l'intestin sont indemnes. L'utérus fibromateux forme dans son ensemble une tumeur arrondie, régulière, qui ressemble à un utérus gravide. Il est libre d'adhérences en avant et à gauche. En arrière et à droite, la trompe et l'ovaire droits fusionnés forment une masse du volume d'un œuf, adhérente en avant à l'utérus, en arrière à l'intestin ; la libération de ces adhérences épaisses et friables donne une hémorragie en nappe assez considérable. Hystérectomie supra-vaginale. Ligature des pédicules ; suture du moignon cervical ; péritonisation (incomplète à droite) ; on met un drain

dans le cul-de-sac de Douglas, sortant par l'incision abdominale ; celle-ci est fermée par deux plans de sutures.

Suites régulières. La malade a quitté l'hôpital le 13 décembre.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE. — Contre ces diverses lésions, la chirurgie peut beaucoup et elle doit tenir une large place à côté du traitement général, dans la thérapeutique de la tuberculose génitale. Mais je crois, avec Pozzi, que, pour donner des succès complets et définitifs, elle doit être radicale et que la castration totale s'impose dans la majorité des cas. Les opérations partielles sont rarement suffisantes ; tout au plus faut-il faire une exception en faveur de l'amputation du col qui peut rendre des services dans la tuberculose primitive et limitée de cette région (Pollosson et Violet). Mais le curettage dans l'endométrite tuberculeuse est toujours inefficace et il n'est pas sans danger, car il peut provoquer une poussée aiguë du côté des trompes.

On l'a vu plus haut : les lésions tubaires sont presque constamment bilatérales et l'utérus lui-même est toujours suspect. Seule l'hystérectomie totale avec ablation des annexes permet une éradication complète des foyers tuberculeux. La voie vaginale n'aurait dans des cas semblables que des inconvénients. On recourra toujours à la voie haute qui permet de mieux juger de l'étendue des lésions et du sacrifice nécessaire et qui montre aussi les limites de l'opérabilité : il y a des cas, en effet, où la pelvi-péritonite est si accentuée, où les adhérences sont si étendues que l'hystérectomie en devient, sinon impossible, du moins très dangereuse. Il faut alors savoir s'arrêter et se souvenir que la simple ouverture du ventre est encore le meilleur traitement de la péritonite tuberculeuse. On se contentera donc d'une laparotomie purement exploratrice (Bouilly a dû s'en tenir là chez 2 de ses malades) et l'on obtiendra souvent l'arrêt ou la rétrocession des lésions ; mais les guérisons ainsi obtenues ne sont, dans bien des cas, que passagères : la tuberculose génitale, cause et point de départ de la tuberculose pelvi-péritonéale, subsiste et amènera des récidives. La laparotomie simple ne peut être qu'un pis-aller et la castration abdominale totale reste le traitement de choix de la tuberculose utéro-annexielle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La nouvelle loi relative à l'éducation des enfants arriérés.

Enfin nous avons cette loi que nous demandions depuis longtemps (1) : et la semaine dernière le Sénat a voté les différents articles qui la composent. Dorénavant, il sera possible aux municipalités qui le voudront de créer des classes annexées aux écoles ordinaires, des écoles autonomes ou des internats. Cette loi est-elle parfaite ? Sans flatterie, on peut dire que oui. Elle le sera surtout si on sait s'en servir.

En tout cas la façon dont on avait commencé à créer à titre officieux des classes de perfectionnement, afin de se rendre compte par la pratique des difficultés inhérentes à l'éducation spéciale, la façon dont on recrutait les élèves, semblaient indiquer qu'on ne faisait pas au médecin la place qu'il doit rationnellement occuper. La tendance qu'avaient certaines personnalités à considérer ces déshérités comme affectés de défectuosités intellectuelles sans aucun rapport avec un état pathologique, était une erreur dont les anormaux auraient fait tous les frais.

Le texte de la loi détruit ces tendances antiscientifiques et assigne à chacun le rôle qu'il doit remplir. Je ne m'en étonne pas : ceux qui ont soutenu la loi de leur autorité ou de leur parole ont cherché, je le sais, à s'informer près des gens compétents de ce qu'il fallait dire et de ce qu'il fallait faire.

Ils ont tenu à discerner le vrai du faux et à démasquer les intérêts personnels. Les conversations que j'ai eues avec plusieurs d'entre eux, qui cherchaient à s'instruire et à se documenter, m'ont prouvé qu'ils voulaient avant tout se conformer aux nécessités de la situation et sortir des incertitudes créées par un état de choses incompréhensible.

J'espère, et j'ai avec moi tous ceux qui connaissent la question, que dorénavant on se conformera aux principes qui découlent de l'observation méthodique des arriérés et des instables.

***

J'éprouve quelque satisfaction de constater que j'avais prévu depuis longtemps que les méthodes d'examen, utilisées jusqu'ici pour recruter les anormaux dans les classes de perfectionnement, tendaient à y admettre des ignorants, des illettrés, des arriérés pédagogiques parfaitement sains du côté des centres nerveux.

Officieusement, des maîtres m'en avaient informé. M. le sénateur Denoix, involontairement sans doute, mais officiellement à la tribune, a pleinement confirmé mon opinion en donnant à ses collègues une superbe observation d'arriéré pédagogique, ce type que la commission interministérielle avait éliminé des classes de perfectionnement. Je cite textuellement les paroles du sénateur, qui avec une perspicacité qui lui fait honneur, a immédiatement distingué l'enfant dont voici l'histoire, au cours de sa visite à l'école de la rue Belzunce : « L'une d'entre elles avait frappé plus particulièrement l'attention de l'un de nous par la vivacité de son intelligence, par l'acuité de son regard, fixé sur les yeux de la maîtresse, tandis que celle-ci faisait la leçon. L'un de nous a voulu l'interroger à part et voici ce qu'il apprit.

« Cette enfant était née de parents français, mais elle était venue au monde à Bruxelles où le Français est en honneur, mais où elle se trouvait dans des conditions spéciales, si bien que ses parents et elle-même ne parlaient que le patois belge. L'enfant n'avait donc fréquenté aucune école et elle était arrivée à Paris avec ses parents ne sachant rien. Que pouvait-on faire d'elle ? Elle était arrivée à un âge qui ne lui permettait plus d'entrer dans les écoles maternelles : d'autre part elle n'avait pas reçu l'instruction nécessaire pour suivre les cours réguliers primaires que seuls elle pouvait suivre en raison de son âge et vous n'ignorez pas que les règlements sont très stricts à ce point de vue.

Que peut-on faire pour ces enfants qui n'ont pas l'instruction correspondant à leur âge ? Heureusement il y a plusieurs écoles annexes d'arriérés et c'était bien le cas d'y envoyer l'enfant dont on parle »...

(1) Je rappelle que c'est le Dr Bourneville qui le premier, et il y a longtemps, a démontré la nécessité de cette loi.

M. Denoix s'étonnant de voir cette enfant éveillée et intelligente dans une classe d'anormaux, la maîtresse fit observer que l'enfant entrée ignorante avait fait en deux ans des progrès rapides et allait être renvoyée dans une classe normale.

« Voilà un sauvetage complet, ajoute l'honorable sénateur, je ne veux pas dire que ce soit un miracle étant donné que l'on a trouvé là une intelligence qui ne demandait qu'à être utilisée, mais enfin c'est un sauvetage... »

Ceci se passe de commentaires. Nul doute qu'avec ce recrutement on ait un rendement excellent : ce ne sera pas, d'ailleurs, bien difficile !

***

Le seul point qui me paraît avoir été négligé au cours de la discussion au Sénat est celui de *la valeur comparative des différents types d'établissements*. Le rapporteur du projet de loi a fait allusion à cette question qui a été mise *sur ma demande* dans le programme du Congrès international d'hygiène scolaire et que le comité d'organisation a adoptée à l'unanimité.

Cette question sera discutée précisément parce que nous sommes un certain nombre qui suivons les arriérés et les instables depuis des années, et qui sommes persuadés par l'expérience que l'établissement de choix est l'internat. L'externat autonome a des indications, mais la classe annexe ne peut donner de résultats. Pour en arriver à cette conception, nécessité est d'envisager le problème non pas seulement au point de vue pédagogique, mais au point de vue social; ce qui n'a pas été fait. Je ne puis ici développer les arguments nécessaires ; mais je crains que, par économie, les municipalités se laissent entraîner à créer des classes annexes qui donnent peut-être des résultats, mais rarement des succès.

Une mise au point était utile. G. Paul-Boncour.

MÉDECINE PRATIQUE

Les opsonines.

Applications de la méthode opsonique à la clinique ;

Par J. MILHIT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Il ne sera pas question, dans cet article, du côté doctrinal relatif aux théories de l'immunité, que soulève la conception des opsonines, mais uniquement des avantages que la CLINIQUE peut tirer de la méthode opsonique.

C'est souvent, en effet, le propre des faits biologiques, de ne se révéler d'abord que comme des constatations purement théoriques et de trouver seulement dans la suite une application pratique.

Ainsi on étudie d'abord les agglutinines en tant que processus réactionnel général de défense de l'organisme, puis un fait pratique de première importance, grâce à M. Widal, s'en dégage, et le séro-diagnostic est créé.

Bordet et Gengou font connaître leurs belles expériences sur la déviation du complément, puis Vassermann découvre, dérivant de ce procédé, une méthode de diagnostic (réaction de fixation), qui trouve son application dans la syphilis et la plupart des affections.

Il en est de même pour les opsonines, et sans discuter ici la valeur plus ou moins rigoureuse de la méthode opsonique, l'on est en droit de signaler néanmoins un certain nombre de renseignements utiles apportés à la clinique par cette méthode.

Rappelons d'abord brièvement ce qu'il faut entendre par OPSONINES.

Les *opsonines* sont des substances solubles contenues dans les sérums normaux et les immunsérums, intermédiaires aux phagocytes et aux bactéries, et dont le rôle est de renforcer, d'exagérer la phagocytose.

Le principe de la méthode opsonique consiste à mélanger, dans des proportions égales, des leucocytes, une émulsion de bacilles et le sérum à étudier, puis à calculer, au bout d'un temps donné de séjour à l'étuve à 37, le nombre moyen de bacilles phagocytés par les leucocytes actionnés par le sérum.

Ce chiffre mesure le *pouvoir opsonique* du sérum.

L'*indice opsonique* est un RAPPORT, rapport du pouvoir opsonique du sérum à étudier en fonction du pouvoir opsonique du sérum d'un individu normal.

Cette méthode, imaginée par Wright (1), présente donc un intérêt pratique de tout premier ordre, puisqu'elle permet d'apprécier, de jauger, l'énergie phagocytaire d'un sérum ; la phagocytose, réservée jusqu'ici aux discussions théoriques relatives à l'immunité, revêt ainsi un caractère pratique, puisque, grâce à ce procédé, il devient possible, chez un individu malade, d'en apprécier l'activité et la puissance.

Etre en mesure de juger l'énergie avec laquelle un sujet infecté lutte contre les germes qui l'ont envahi, c'est à chaque instant de l'évolution de la maladie, être renseigné sur la résistance opposée à l'infection ; c'est prévoir à l'avance la déchéance ou, au contraire, la guérison ; c'est apprécier l'effet, heureux ou nuisible, de telle ou telle médication ; c'est, dans certains cas peut-être, trouver l'affirmation d'un diagnostic hésitant. La méthode opsonique a donc en clinique une triple application : elle peut s'adresser au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique. Ce sont ces applications que nous allons essayer de préciser.

I

Diagnostic opsonique.

Un microbe quelconque provoque, une fois introduit dans l'organisme, des réactions humorales et cellulaires à peu près constantes ; si donc on a pu, par une série d'expériences portant sur de nombreux cas, évaluer d'une manière à peu près certaine les modalités spéciales de ces réactions, il sera possible de tirer de la constatation de ces variations quelques remarques intéressantes. S'il est établi que tel microbe provoque l'apparition dans le sérum d'une quantité d'*opsonines spécifiques*, supérieure à la normale, ou au contraire la disparition de ces opsonines, il sera facile de tirer des conclusions en ce qui concerne le diagnostic : un sujet normal, absolument indemne de tuberculose, présente un indice opsonique pour le bacille de Koch à peu près constant (de 0,90 à 1). Au contraire, si le sujet est porteur d'une tuberculose circonscrite, l'indice s'abaisse (de 0,8 à 0,3) ; et s'il s'agit d'une tuberculose aiguë, l'indice s'élève un peu (1,20 à 2). Connaissant ces valeurs, supposons maintenant que l'on examine un malade suspect de tuberculose : si l'indice opsonique de ce malade vis-à-vis le bacille de Koch est voisin de l'unité, c'est qu'il n'y a pas de tuberculose plus ou moins latente ;

(1) La technique de cette méthode a maintes fois été exposée. Voir pour plus de détails, J. Milhit : *Les opsonines*, édité chez Rousset, 1909.

si cet indice est inférieur à l'unité, c'est qu'il existe quelque part un foyer tuberculeux ganglionnaire, osseux, etc.; si l'indice est très supérieur à l'unité, c'est qu'une tuberculose aiguë est en évolution.

Wright, Bulloch, Sauerbeck, ont rapporté de nombreux faits où l'évolution ultérieure vint confirmer ce diagnostic opsonique.

Nous avons essayé de poser des règles analogues permettant dans la fièvre typhoïde d'établir le diagnostic opsonique.

Un indice (envers le bacille d'Eberth) supérieur à 1,70, chez un malade que l'on soupçonne atteint de dothiénentérie, et qui n'a pas eu antérieurement la fièvre typhoïde, est un élément de plus en faveur du diagnostic positif. Un indice inférieur à 1, 1,20 permet à peu près de le rejeter. Mais c'est surtout la constatation plusieurs fois répétée de cet indice élevé qui peut autoriser une affirmation catégorique.

De même, la constatation d'un indice élevé pour le méningocoque permettrait, d'après Taylor, Houston et Rankin, d'affirmer le diagnostic de méningite cérébro-spinale; un indice faible, toutefois, n'autorise pas à rejeter cette hypothèse.

Tel est le principe du diagnostic opsonique ; nous reconnaissons volontiers qu'il est loin de donner toujours la solution dans les cas difficiles : il devient alors un élément de plus qui se surajoute aux constatations cliniques et aux autres procédés de laboratoire.

II. Pronostic opsonique.

La méthode opsonique permet d'apprécier l'énergie phagocytaire d'un sérum, c'est-à-dire l'activité avec laquelle les leucocytes polynucléaires d'un individu infecté dévorent les bactéries. Est-ce à dire que, d'après les résultats obtenus, on soit en mesure d'affirmer tel ou tel pronostic ? Non certes, car la phagocytose ne résume pas plus toute la défense de l'organisme que le bacille ne résume toute l'infection.

Le bacille est nuisible par lui-même, il l'est aussi par les toxines qu'il reçoit et par les endotoxines qu'il renferme. L'organisme lutte contre le bacille par la phagocytose et contre ses toxines par les antitoxines (anticorps). Or la méthode opsonique ne nous permet l'appréciation que d'une des phases de la lutte (la phagocytose). Elle ne nous permet pas d'apprécier l'intoxication et le processus spécial de défense qui lui est opposé. Le pronostic opsonique est donc limité par ces constatations. Il n'est certes pas inutile de savoir qu'un malade présente une énergie phagocytaire intense; mais pour conclure à cause de cette phagocytose élevée à un pronostic favorable, il faut compléter ce résultat par un examen clinique minutieux qui révèlera la résistance que l'organisme oppose au processus toxique.

Pendant l'évolution de l'affection, l'indice opsonique peut fournir, par contre, d'utiles renseignements.

Au cours de la fièvre typhoïde par exemple, un abaissement brusque de l'indice opsonique atteignant l'unité, ou même inférieure à cette unité, en même temps que l'on constate des douleurs abdominales, peut venir confirmer le diagnostic encore hésitant de perforation intestinale ; pendant la période où le malade effectue sa défervescence, ou pendant la convalescence, une chute rapide de la valeur de l'indice peut être le prélude d'une reprise, d'une rechute.

Au cours de la tuberculose, la constatation d'un indice à peu près stable est la preuve que l'infection se cantonne, se circonscrit ; au contraire si l'indice, jusque-là stable, se met à présenter des oscillations, l'on est en droit de craindre une généralisation.

Tels sont les renseignements que la recherche des opsonines peut fournir en ce qui concerne le pronostic d'une affection. Voyons maintenant les applications thérapeutiques qu'il est possible d'en faire.

III. Applications thérapeutiques.

C'est le moment de rappeler que cette méthode a été imaginée par Wright, non point pour étayer ou infirmer telle ou telle théorie doctrinale de l'immunité, mais uniquement pour lui permettre de contrôler, de diriger sa méthode de vaccinothérapie.

Quelques explications sont nécessaires : tout d'abord, en quoi consiste cette méthode de vaccinothérapie ? Pour traiter des affections dont l'agent causal est par exemple le staphylocoque (acné, furonculose, sycosis), Wright prépare des émulsions de plus en plus concentrées de staphylocoques, qu'il chauffe ensuite à 60°. Il inocule alors à doses progressives, aux malades, ces émulsions, ces *vaccins*. Mais pour juger l'effet produit, surtout pour permettre de doser judicieusement la quantité de vaccin à inoculer, il fallait une méthode susceptible de fournir des renseignements précis sur les réactions humorales provoquées *in situ* par ces vaccins ; c'est pour contrôler cette vaccinothérapie que Wright conçut la méthode opsonique, grâce à laquelle se jugent les modifications de l'énergie phagocytaire des sérums.

Wright constata d'abord que toute vaccination était suivie d'un abaissement considérable de valeur de l'indice (*phase négative*). Or cette phase négative correspond à une diminution de la résistance de l'organisme. Il s'ingénia donc à diminuer de plus en plus l'importance de cette phase négative en atténuant jusqu'à une certaine limite ses vaccins.

Il constata ensuite qu'après cette phase négative l'indice opsonique augmente rapidement de valeur (*phase positive*), puis qu'il diminue à nouveau. — Une seconde vaccination fait au moment de la phase positive augmente encore cette valeur de l'indice, tandis qu'une vaccination intempestive peut être nuisible, ce qui se traduit par une phase négative encore plus prononcée. Ainsi est-il possible de doser judicieusement les quantités de vaccin à inoculer et le moment où l'on doit intervenir.

Grâce à cette vaccinothérapie ainsi contrôlée par la méthode opsonique, Wright aurait obtenu d'excellents résultats dans bon nombre de maladies infectieuses : ces résultats ont d'ailleurs été confirmés par des recherches analogues de Weinstein, Kämmerer, Strübell.

Il est facile, en effet, de comprendre comment la méthode opsonique peut être utile en thérapeutique.

Primum non nocere, dit un vieil adage toujours exact; or nous saurons que notre médication n'est pas nuisible quand, à la suite de cette médication, au cours d'une maladie infectieuse, nous verrons l'indice opsonique du malade augmenter de valeur, *en même temps que s'améliorera l'état général*. Si plus tard nous constatons un abaissement de valeur de l'indice, nous saurons qu'il faut renforcer à nouveau l'énergie phagocytaire, et ainsi, très judicieusement toujours, nous pourrons répondre aux besoins de l'organisme.

C'est là une des applications les plus heureuses de la méthode opsonique. Wright s'en est servi dans les staphylococcies, la tuberculose et un grand nombre de maladies infectieuses. Elle est également employée dans les expériences actuellement en cours, de vaccinothérapie dans la blennorragie et les vulvo-vaginites des petites filles.

M. le Prof. Chantemesse a contrôlé par cette méthode les effets de sa sérothérapie antityphique : il en a présenté en 1907, au Congrès de Berlin, les résultats : la sérothérapie réalise une véritable opsonisation antityphoïde.

S'il était possible d'étendre l'application de cette méthode à la syphilis, il en résulterait toute une série de renseignements précieux.

Tout d'abord, d'après les résultats obtenus, l'on pourrait peut-être prévoir l'apparition à brève échéance d'accidents chez un sujet porteur d'une syphilis, latente depuis longtemps, accidents dont un traitement approprié empêcherait sans doute l'éclosion.

En outre, cette méthode opsonique dirigerait très exactement, suivant chaque malade, le traitement plus ou moins intensif qui devrait être employé.

A un autre point de vue, la mesure directe du pouvoir opsonique d'un sérum (antidysentérique, antistreptococcique, méningococcique, etc.) pourrait peut-être permettre d'apprécier la valeur de divers échantillons de ce sérum ; c'est ce que Wadoux a fait pour le sérum antipesteux et que l'on pourrait répéter pour chacun d'eux. Ce serait en quelque sorte, à côté de leur dosage par unité toxique, le dosage de leur pouvoir phagocytaire.

Il serait facile d'étendre encore ce domaine des hypothèses. Nous préférons nous en tenir là, en insistant surtout sur l'utilité de cette méthode comme moyen de contrôle d'une médication quelconque, qu'il s'agisse de sérothérapie, d'opothérapie (augmentation des opsonines à la suite d'ingestion de corps thyroïde, d'extrait surrénnal, etc.) de vaccinothérapie.

L'on n'est pas orienté en France vers la vaccinothérapie : la mode en est plutôt aux sérums, dont certains, il faut bien le reconnaître, sont merveilleusement efficaces.

Néanmoins, entre les mains de Wright et sous le contrôle de cette méthode opsonique qu'il a créée de toutes pièces, la vaccinothérapie paraît donner au St. Mary's Hospital de Londres, les résultats les plus encourageants.

C'est pourquoi nous croyons pouvoir conclure que la conception des opsonines trouve en clinique de multiples applications heureuses, spécialement en permettant de contrôler les résultats d'une méthode thérapeutique, en particulier la vaccinothérapie, et, d'une manière générale, toute espèce de thérapeutique (sérothérapie, opothérapie.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1909.

Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par la précipito-réaction. — MM. ***H. Vincent*** et ***Bellot***. — Les recherches bactériologiques dans la méningite cérébro-spinale (examen du liquide de ponction, culture) sont négatifs dans plus de la moitié des cas. Et cependant il importe, avant d'appliquer la sérothérapie, d'avoir un diagnostic bactériologique précis.

Les auteurs présentent une méthode de contrôle nouvelle. Elle est fondée sur l'action précipitante ou coagulante *spécifique* qu'exerce sur le liquide céphalorachidien centrifugé un sérum antiméningococcique agglutinant.

L'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française. — M. ***Kermorgant*** montre que cette assistance, assurée par des médecins des troupes coloniales placés hors cadres et par des médecins civils engagés pour 5 ans doit avoir en vue surtout la lutte contre la variole.

Eloge de M. Motet, par M. ***Dieulafoy***.

Elections. — Deux correspondants étrangers sont nommés : M. Cranwell (de Buenos-Ayres), M. Jonnesco (de Bucarest).

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 12 mars 1909.

Rhumatisme thyroïdien et tuberculose. — MM. ***Léopold Lévy*** et ***Henri de Rothschild*** reviennent sur leurs communications antérieures relatives à l'existence du *rhumatisme chronique thyroïdien* (1) et sur les rapports de ce rhumatisme avec la tuberculose (2). Présentation de deux malades. Les auteurs tirent les conclusions suivantes.

1° Le rhumatisme chronique thyroïdien — y compris la rétraction de l'aponévrose palmaire — peut évoluer : chez des tuberculeux avérés à tuberculose antérieure, simultanée ou postérieure, pulmonaire ou articulaire ;

Chez des sujets ayant réagi à la tuberculine, ou suspects de tuberculose, par suite d'hémoptysies ou d'un état général particulier.

La tuberculose agit comme facteur étiologique d'un rhumatisme pathogéniquement thyroïdien : ou bien elle est terminale; ou, se développant sur un terrain de dysthyroïdie qui favorise l'apparition du rhumatisme chronique, elle acquiert une forme spéciale.

Le rhumatisme thyroïdien peut, dans une de ses modalités, être confondu avec l'athrite tuberculeuse.

2° En présence d'un rhumatisme chronique observé chez un sujet suspect de tuberculose cryptogénique ou pulmonaire ou reconnu tuberculeux, il faut rechercher les stigmates de l'instabilité thyroïdienne. Si on les constate, on est autorisé à pratiquer avec circonspection, sous surveillance, et de toute façon à petites doses, le traitement thyroïdien.

M. Poncet réplique et pense que pour être complètement d'accord avec les auteurs précités, il suffirait de modifier, quelque peu, le titre de leur communication, de l'appeler *rhumatisme tuberculeux thyroïdien* ou *rhumatisme tuberculeux d'origine thyroïdienne* au lieu de *rhumatisme thyroïdien chez les tuberculeux.*

Faits récents de corps étrangers bronchiques extraits par la bronchoscopie. Valeur comparée de la bronchoscopie supérieure et de l'inférieure. — M. ***Guisez*** relate trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques et montre le bénéfice de la bronchoscopie, lorsqu'elle est faite à temps. Jamais l'auteur n'a observé d'élévation de température de plus de 37 ou 39 degrés dans les jours qui ont suivi ses interventions ; bien plus dans un cas publié antérieurement et dans l'observation II, la température à l'arrivée du malade, qui était de 39 degrés dans un cas et de 40 degrés dans l'autre est tombée le lendemain à 38 degrés et s'abaissa le troisième jour à 37 degrés. Dans notre observation I, le petit malade avait 38°5 la veille, et le lendemain de l'opération 37°5.

A un autre point de vue, il emploie couramment la bronchoscopie supérieure au moyen du diagnostic des tumeurs, sténoses trachéales et bronchiques, et jamais il n'a noté d'élévation de température à sa suite.

La bronchoscopie inférieure ne doit être employée à son avis que dans le cas de corps étrangers volumineux pour parer à des menaces éventuelles d'asphyxie, ou lorsque le corps étranger irrégulier présente des aspérités pouvant l'arrêter à la glotte. Telle est l'opinion formelle de Killian, dont l'expérience est établie sur près de 60 cas de corps étrangers bronchiques observés par lui ou ses élèves.

Sur 16 cas de corps étrangers bronchiques extraits depuis cinq ans, il a réussi dix fois la bronchoscopie supérieure et six fois il a employé l'inférieure. Dans deux cas seulement, il a fait la trachéotomie pour faciliter l'extraction, et l'un d'eux concerne le premier cas de bronchoscopie, le premier qui ait été extrait en France (clou de la 3e ramification bronchique). (Décembre 1903.)

Dans les 4 autres, la plaie de trachéotomie existait avant son intervention, ayant été faite pour parer à des menaces d'asphyxie.

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. — *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, 3e sér., n° 14, 1908, p. 585.

(2) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. — *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, 3e série, n° 21, 1908, p. 921.

Il conseille donc de continuer les préceptes de Killian, qui, après une longue expérience, demeure partisan convaincu de la bronchoscopie supérieure, et vouloir la remplacer de parti pris par la bronchoscopie inférieure, c'est lui enlever toute sa valeur aussi bien au point de vue thérapeutique que diagnostique.

De l'atténuation de la tuberculine par l'extrait éthéré de bile. — MM. ***Gérard*** et ***Lemoine*** (de Lille), dans une séance précédente (1), ont fait part de leurs essais d'oculo-réaction avec les tubes de tuberculin-test, comparativement avec le contenu de ces tubes additionné de 2 gouttes d'émulsion d'extrait biliaire et de 2 gouttes de sérum frais humain pour 5 cc. Ce mélange avait été soumis au préalable à une incubation de 48 heures à l'étuve à 37°.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° *Epreuve de l'oculo-réaction.* — Elle a porté sur 38 malades, 26 tuberculeux et 12 supposés non tuberculeux. Nous avons eu 22 résultats positifs. Chez chaque sujet on traitait un œil avec le tuberculin-test et l'autre avec le mélange de tuberculine et d'extrait. Chez tous ces sujets le résultat fut le même, c'est-à-dire que la réaction fut beaucoup plus forte et plus durable là où le tuberculin-test agissait seul que là où on opérait le mélange. Il n'y eut pas un seul fait discordant.

2° *Epreuve de la cuti-réaction.* — Elle porta sur 34 malades, 23 tuberculeux et 11 malades quelconques. Il y eut 19 résultats positifs.

Il semble que jusqu'ici il y ait atténuation anti-toxique de la tuberculine et les résultats de nos expériences sont en contradiction avec l'opinion émise par MM. Calmette et Guérin dans leur note à l'Académie des Sciences le 28 décembre 1908 où ils disent que « l'extrait biliaire, autrement dit paratoxine de Gérard « et Lemoine, n'a aucune action anti-toxique sur la tuberculine ». Mais à l'appui de nos expériences, rappelons que déjà MM. Landsteiner et Ehrlich (*Central. Blatt für Bakter.* t. 45, p. 247, 1908) ont démontré que les lipoïdes ont une importance primordiale dans les phénomènes de bactériolyse et que ces substances, chimiquement et fonctionnellement analogues, sinon identiques, au complément du sérum, agissent en combinaison avec le sérum pour exercer une action bactéricide puissante. C'est ce qui nous a du reste incité à faire nos essais d'atténuation en présence du sérum humain.

Séance du 19 mars 1909.

Trois cas de sporotrichose dermohypodermique. Lésions du tibia et du pharynx. — MM. ***Thibierge et Gastinel*** présentent les malades, chez lesquels le diagnostic fut rectifié par la culture. Nodosités hypodermiques typiques dans deux cas. Dans le troisième cas, lésions plus complexes : nodosité de la partie supérieure du tibia droit et ulcérations du pharynx.

Diagnostic extemporané de la syphilis par l'ultramicroscope. — M. ***Gastou*** montre par ce procédé, très nettement, sur des produits et exsudats frais, le spirochète.

M. ***Queyrat*** considère ce moyen d'investigation comme très précieux étant données la vitalité et la persistance du tréponème.

L'émétique dans le traitement de la syphilis. — MM. ***Queyrat*** et ***Demouché*** ont essayé ce médicament en injections intraveineuses (solution 1/1000 rendue isotonique par addition de 7 gr. 50 de Na Cl.). Ils injectent lentement 150 cc. de la solution rigoureusement neutre et ont pu administrer de cette façon pendant 11 jours des doses de 0,10 à 0,12 ctgr. d'émétique sans aucun phénomène d'intolérance (poussées congestives de la face, du pharynx et du poumon). Ce traitement améliore certaines manifestations cutanées, mais ne paraît avoir aucune action spécifique contre l'infection.

Pleurésies au cours de la scarlatine chez l'adulte. — MM. ***Tessier*** et ***Duvoir*** ont observé trois cas de pleurésie au cours de scarlatines normales, avec épanchements sérofibrineux et séropurulent. Les malades n'avaient pas d'antécédents pulmonaires. Formule cytologique : polynucléose avec histolyse. Cliniquement : évolution insidieuse et lente, liquide peu abondant, existence de lésion pulmonaire initiale discrète ou masquée.

Albuminurie et oligurie orthostatiques. — MM. ***Linossier*** et ***Lemoine*** : Oligurie et albuminurie orthostatique peuvent coïncider ou être indépendantes. L'oligurie orthostatique peut être considérée comme stade intermédiaire entre l'état de santé et l'albuminurie orthostatique. Elle décèle une insuffisance rénale légère avec lésions, ou fonctionnelle, un rein affaibli. L'albuminurie orthostatique résulte donc d'une diminution de l'irrigation rénale dans la station debout chez un porteur de reins insuffisants.

Friedel.

(1) 19 février.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1909.

Traitement des plaies pénétrantes du thorax. — M. ***Delorme.*** La voie d'accès la meilleure paraît être le large volet thoracique que j'ai décrit, auquel la plupart des chirurgiens se sont d'ailleurs ralliés. Il faut voir clair, et cela surtout pour la recherche des plaies postérieures. Le lambeau à base externe garde ses nerfs et ses vaisseaux et c'est là un grand avantage sur le volet à base supérieure.

La suture des plaies au catgut suffit en général pour assurer l'hémostase. Dans les plaies larges, les éclatements, la suture en U donne de très bons résultats. Dans les plaies profondes, le tamponnement superficiel est insuffisant. On pourrait faire de la compression à l'aide d'une sonde molle sans orifice dans laquelle on injecterait du liquide et qu'on obturerait ensuite.

La pleurésie séreuse ou sérosanglante étant fréquente, le drainage préventif peut être indiqué. Les conditions dans lesquelles l'opération s'est faite sont importantes à considérer. Mais on doit seulement drainer en arrière par un drain court et ne point utiliser des drains traversant de part en part la cavité pleurale.

M. ***Routier.*** — J'ai déjà eu plusieurs malades qui ont guéri de plaies thoraciques par balles, avec la simple expectation et des ponctions. Trois malades vus récemment étaient dans un état grave, avec hémothorax volumineux, pouls petit, presque insensible. A tous ces malades j'ai seulement fait faire des injections d'huile camphrée, et des injections de sérum antidiphtérique comme antihémostatique et ils ont guéri.

La difficulté me paraît être le diagnostic et c'est là ce qui importe, car le départ entre les signes d'hémorrhagie et ceux qui sont dus au choc traumatique est important pour la décision à prendre.

M. Lucas-Championnière. — Les statistiques des malades non opérés ne sont pas données et ne peuvent être données dans les hôpitaux. Cette indication que vous recherchez est extrêmement difficile à trouver.

M. Rochard. — L'important est de rechercher si le pouls diminue et si l'épanchement augmente en même temps. Cette recherche donne le renseignement que vous devez obtenir pour savoir s'il faut ou non opérer. Les quelques mouvements nécessaires pour examiner le malade sont peu de chose par rapport à ceux qu'il a déjà subis pour être amené à l'hôpital.

M. Tuffier. — J'ai vu un grand nombre de plaies du thorax par balle. Le plus souvent la gravité de leur état est dû au choc traumatique et non à l'hémorragie. Le diagnostic différentiel est extrêmement difficile. Dans tous les cas où j'ai attendu je m'en suis très bien trouvé.

M. Schwartz. — Il faut s'élever contre la tendance à opérer d'urgence dans les plaies de poitrine.

M. Souligoux. — Les cas ne peuvent tous se comparer. L'intervention chirurgicale n'est pas toujours indiquée, loin de là. Mais dans les cas où on hésite, je crois qu'il vaut mieux opérer.

M. Lejars. — Il faudrait avoir des cas bien étudiés, car c'est ceux-là seuls qui peuvent nous faire faire le départ entre les cas à opérer et ceux à laisser tranquilles. J'ai observé récemment un malade qui vers le 10me jour présenta des signes de dyspnée intense qui nécessitèrent la ponction. Trois fois des ponctions furent faites dans ces conditions. Et je dus me décider à intervenir. Mais le malade mourut dès la première bouffée de chloroforme.

Ce sont là des cas qui doivent faire réfléchir et pencher parfois en faveur de l'intervention assez rapide.

M. *Quénu*. — Je crois que nous ne pouvons nous départager en interventionnistes et non-interventionnistes. En réalité, il faut dire qu'il est des plaies où il faut intervenir et d'autres où il faut attendre. Je me base pour la décision à prendre sur l'importance de l'épanchement et surtout sur la rapidité de sa reproduction. L'indication essentielle de l'intervention est la non hémostase spontanée.

M. *Debonne*. — Je ne suis pas partisan de l'intervention dans les cas ordinaires, mais seulement dans les cas graves, dans ceux où les symptômes deviennent de plus en plus menaçants et indiquent une hémorragie. Mais je demeure persuadé que dans ces cas l'intervention chirurgicale large et la ligature du vaisseau qui saigne restent le seul moyen de sauver les malades.

Présentation de malades. — M. *Chaput* présente un malade très amélioré, par la méthode de Bier, de tuberculose d'un moignon. LE BRAZ.

ANALYSES

Valeur de la scopolamine en gynécologie ; par Eug. BARSCH. (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1908, n° 44.)

A la clinique d'Herff, à Bâle, la scopolamine fut essayée sur 2.000 malades avant l'opération. La veille au soir, 0 gr. 0005 de bromhydrate de scopolamine et 0 gr. 015 mm. de chlorhyd. de morphine ; mais auparavant, 1 gr. de véronal. Les malades s'endormaient d'un sommeil tranquille, sans excitation, et l'anesthésie générale s'installe peu à peu, avec très peu de chloroforme et d'éther. Le sommeil est prolongé, la douleur des plaies est moins sensible, les vomissements sont très rares ; les dangers de pneumonie sont très restreints. Tels sont les bienfaits de la scopolamine-morphine.

Narcose par le rectum, par le Prof. DUMOND, de Berne ; (*Korresp. Bl. f. Scheiw. Aerzte*, n° 24, 1908.)

Une vieille méthode, imaginée par Pigoroff et appliquée à la pratique méthode employée ensuite en différents cas par des médecins anglais, français et autres, est presque complètement oubliée depuis ces dernières années et sans raison. Elle peut être d'un grand secours dans de longues opérations à la tête et peut comser facilement l'inhalation d'éther. L'auteur a employé cette méthode avec succès dans 4 cas, sur des malades du Prof. Lindt. Il décrit l'appareil très simple qui lui a si bien servi, énumère les 4 cas opérés.

Empyème de la mâchoire supérieure et du sinus frontal, etc.) Il fait ressortir que dans ces 4 cas d'anesthésie rectale, l'anesthésie habituelle par inhalation fut d'abord employée. C'est le procédé normal. Mais il pourrait très bien se trouver que l'on préfère employer avant tout l'anesthésie rectale (chez les enfants ou chez les adultes peureux). Après la description des préparatifs et diverses instructions, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes : la narcose par le rectum est, dans toutes les opérations de de la tête et du cou, où l'anesthésie par inhalation gêne l'opérateur, une excellente et très recommandable méthode d'anesthésie. Mais elle reste une méthode d'exception et ne doit être entreprise que sous certaines précautions et par une main expérimentée. Elle est contre-indiquée dans toutes les affections aiguës et chroniques de l'intestin. C.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique de la Charité sur la Chirurgie journalière ; par le Dr Paul RECLUS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. (Masson et Cie, éditeurs.)

Comme le dit le Professeur Reclus, dans sa courte et élégante préface, ce livre traite de la « chirurgie journalière ». Mais le maître donne à ces mots une extension plus large qu'on pourrait le croire, en étudiant tous les sujets que le hasard lui a permis d'analyser. Toutes ces leçons sont empreintes de cette clarté d'exposition, de cette précision, de cette élégance de style que nous sommes accoutumés à voir dans les écrits de l'auteur.

Partout aussi on sent les préférences de l'auteur pour la chirurgie conservatrice qu'il ne cesse de défendre dans son service, en proclamant qu'une opération équivaut à une maladie et que toute prise de bistouri expose le malade à de graves dangers, à commencer par ceux du chloroforme.

Toutes ces leçons sont faites et écrites dans un but essentiellement pratique. Qu'il s'agisse d'une méthode d'examen comme la recherche de la fluctuation, d'une question de thérapeutique, comme le traitement des plaies par balles ou enfin de la conduite à tenir en présence d'un accident de travail, toujours les conseils donnés par l'auteur sont avant tout pratiques.

Enfin, dans ce volume, qui contient trop de sujets divers pour qu'il soit possible de l'analyser, le Professeur Reclus apporte beaucoup d idées nouvelles ou des procédés opératoires nouveaux. C'est ainsi que dans les écrasements des doigts ses idées conservatrices sont moins « révolutionnaires » qu'autrefois et que souvent il conseille l'amputation primitive. C'est ainsi encore que dans la technique de l'anus iliaque définitif il apporté une modification des plus heureuses, ayant pour but d'empêcher les matières de passer du bout supérieur dans l'inférieur.

Il est impossible de donner une idée, même approximative des faits nouveaux que contient ce volume dont la lecture est facile, agréable et instructive. A. S.

Faculté de Médecine de Paris

du 29 mars au 3 avril

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 *mars* 1909. — Dissection. Ecole pratique : MM. Monod, Retterer, Rieffel. — 3e (Deuxième partie) (1re série), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gautier, Legry, Marcel Labbé. — 3e (Deuxième partie) (2e série), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Roger, Pierre Marie, Desgrez. Epreuves pratiques. — 1re Oral (1re série MM. Blanchand, Legueu, Branca. — 1re Oral (2e série) : MM. Brissaud, Lejars, Macaigne. — 1re Oral (3e série) : MM. Nicolas, Mauclaire, Mulon. — 3e (Deuxième partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé, Sicard, M. Segond, censeur ; M. Zimmern, suppléant. — 5e, Chirurgie (Première partie), Hôtel-Dieu : MM. Delbet, Pierre Duval. Ombrédanne. — 5e Chirurgie (Deuxième partie) (2e série), Hôtel-Dieu : MM. Hartmann, Gosset, Proust. M. Reclus, censeur ; M. Lœper, suppléant.

Mardi 30 *mars* 1909. — Dissection. Ecole pratique : MM. Retterer, Thiéry, Morestin. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gilbert Ballet, Hallopeau, Nicloux, Epreuves pratiques. — 1re, Oral : MM. Prenant, Rémy, Brumpt. — 2 MM. Gley, Launois, André Broca. — 3 Oral (Deuxième partie (1re série) : MM. Raymond, Rénon, Fernand Bezançon. — 3e Oral (Deuxième partie) (2e série) : MM. Hutinel, Jeanselme, Nobécourt. M. Gilbert, censeur ; M. Richaud, suppléant. — 5 Chirurgie (Première partie) (1re série), Charité : MM. Pozzi, Ricard, Marion. — 5e. Chirurgie (Première partie) (2e série), Charité : MM. Quénu, Auvray, Lenormant. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Chauffard, Gouget, Castaigne, M. Alb. Robin, censeur ; M. Carnot, suppléant. — 5e, Obstétrique. (Première partie), Clinique Tarnier : MM. Bar, Brindeau, Jeannin, M. Desgrez, suppléant.

Mercredi 31 *mars* 1909. — Dissection. Ecole pratique : MM. Nicolas, Retterer, Branca. — 3e (Deuxième partie), Laboratoires des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Gautier, Gaucher, Lœper, Epreuves pratiques. — 4e MM. Pouchet, Déjerine, Zimmern. M. Gariel, censeur ; M. Potocki, suppléant. — 5e Chirurgie (Première partie) (1re série), Laënnec : MM. Monod, Lejars, Proust. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série), Laënnec : MM. Walther, Legueu, Mauclaire. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Laënnec ; MM. Pierre Marie, Legry, Marcel Labbé.. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Laënnec : MM. Widal, Macaigne, Sicard., M. Hartmann, censeur : M. Couvelaire, suppléant.

Jeudi 1er *avril* 1909. — Dissection. Ecole pratique : MM. Rémy, Thiéry, Marion. — 3e (Deuxième partie), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Chauffard, Brumpt, Nicloux, Epreuves pratiques. — 1er, Oral (1re série) : MM. Prenant, Retterer, Auvray. — 1er, Oral (2e série) : MM. Ricard, Launois, Morestin. — 3, Oral (Deuxième partie) : MM. Raymond, Ménétrier, Castaigne. — 4e MM. Pouchet, Thoinot, Langlois, M. Ribemont-Dessaignes, censeur ; M. Brindeau, suppléant.

Vendredi 2 *avril* 1909. — Dissection. Ecole pratique ; MM. Nicolas, Mauclaire, Branca. — 3e (Deuxième partie) (1re série), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique ; MM. Déjerine, Desgrez, Marcel Labbé. — 3e (Deuxième partie) (2e série), Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Roger, Legry, Lœper. Epreuves pratiques. — 1re, Oral (1re série) ; MM. Blanchard, Legueu, Mulon. — 1er, Oral (2e série) : MM. Brissaud, Reclus, Rieffel. — 1er, Oral (3e série) ; MM. Kirmisson, Retterer, Macaigne. — 4e : MM. Pouchet. Thoinot, Langlois, M. Gariel, censeur ; MM. Zimmern, suppléant. — 5e, Chirurgie (Première partie) (1re série), Necker ! MM. Delbet, Pierre Duval, Ombrédanne. — 5e Chirurgie (Première partie) (2e série). Necker : MM. Hartmann , Gosset, Proust, M. Segond, censeur ; M. Sicard, suppléant. — 5 Obstétrique (Première partie), Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Wallich, Couvelaire. M. Potocki, suppléant.

Samedi 3 *avril* 1909. — Dissection. Ecole pratique : MM. Quénu, Auvray, Morestin. Epreuve pratique. — 1er, Oral (1re série) ; MM. Rémy, Ricard, Launois. — 1er, Oral (2e série) : MM. Retterer, Lenormand, Brumpt. — 2e ; MM. Prenant, Langlois, André Broca. — 3e Oral, (Première partie): MM. Bar. Thiéry, Marion, — 3e Oral (Deuxième partie) : MM. Chauffard, Widal, Jeanselme, — 4e (1re série) : MM. Chantemesse, Carnot, Balthazard. — 4e (2e série) : MM. Gilbert-Ballet, Desgrez, Richaud. M. Pozzi, censeur ; M. Nicloux, suppléant. — 5e (Deuxième partie) (1re série), Beaujon : MM. Raymond, Rénon, Claude. — 5e (Deuxième partie) (2e série), Beaujon: MM. Hutinel, Gouget, Nobécourt. — 5e (Deuxième partie) (3e série). Beaujon : MM. Gilbert, Fernand-Bezançon, Castaigne. — 5e Obstétrique (Première partie), Beaujon : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin, Jeannin, M. Dieulafoy, censeur ; M. Brindeau, suppléant.

THÈSES DE DOCTORAT.

Mercredi 31 *mars* 1909. à 1 heure. — M. VERGNE : De l'inspection oculistique des écoles ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage, Ombrédanne. — M. MAURAN : Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage, Ombrédanne. — M. CŒUILLIEZ : Etude clinique sur quelques localisations de la tuberculose osseuse (os malaire, acromion, pubis, ischion, grand trochanter, calnanéum) ; MM. Kirmisson, Pinard, Lepage, Ombrédanne. — M. LABBÉ : Contribution à l'étude de l'étiologie de la botryomycose ; MM. Blanchard, Brissaud, Roger, Desgrez. — M. LAMBERT ; La paralysie du nerf spinal dans la syphilis ; MM. Brissaud, Blanchard, Roger, Desgrez. — Mlle TSCHERNIACK : Contribution à l'étude de la pathogénie de l'anémie pernicieuse progressive : MM. Roger, Blanchard, Brissaud, Desgrez. — M. VALLET ; De la sérothérapie curative antitétanique. Voie sous-arachnoïdienne : MM. Reclus, Gley, Gosset, Mulon. — M. DARRICARRÈRE : Epithéliomas en surface des muqueuss leucoplastiques : MM. Reclus, Gley, Gosset, Mulon. — M. MOLINIÉ : Contribution à l'étude des abcès du foie compliqués d'épanchement pleural : MM. Reclus, Gley, Gosset, Mulon. — M. JOUQUAN : Des fistules vésico-utérines ; MM. Segond, Delbet, Rieffel, Pierre Duval. — M. DEFOSSES : Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux multiloculaires ; MM. Segond, Delbet, Rieffel, Pierre Duval. — M. COUTURIER : Contribution à l'étude des hernies pectinéales : MM. Segond, Delbet, Rieffel, Pierre Duval.

Jeudi 1er *avril* 1909, à 1 heure. — M. BÉCHAMP ; Contribution à l'étude du sarcome mélanique ; MM. Dieulafoy , Gilbert Ballet, Rénon, Claude. — M. DUTERGUE ; Apraxie ; MM. Gilbert Ballet, Dieulafoy, Rénon, Claude. — M. PRESBEANU : De l'hypophyse dans l'acromégalie ; MM. Gilbert Ballet, Dieulafoy, Rénond, Claude. — M. MAILLARD : De la rétention d'urine dans la fièvre typhoïde ; MM. Hutinel, Chantemesse, Fernand Bezançon, Nobécourt. — M. APTCKMANT ; Intradermo-réaction à la tuberculine ; MM. Hutinel, Chantemesse, Fernand Bezançon, Nobécourt. — M. BARBIER : Contribution à l'étude des tumeurs malignes du péritoine chez l'enfant ; MM. Hutinel, Chantemesse, Fernand Bezançon, Nobécourt — M. SAUTEREAUX : La fièvre typhoïde d'origine ostréaire (contribution à l'étude clinique) ; MM. Chantemesse, Hutinel, Fernand Bezançon, Nobécourt. — M. MOIGNET : Contribution à l'étude des substances cicatrisantes et kératoplastiques. Le Néol ; MM. Pozzi, Bar, Lenormant, Jeannin. — M. MARDAT : La typho-malaria : MM. Bar, Pozzi, Lenormant, Jeannin. — M. HUCHOT : De l'importance du diagnostic précoce de l'hydrocéphalie fœtale au point de vue du pronostic ; MM. Bar, Pozzi, Lenormant, Jeannin. — M. DEROUET : Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse par le sérum antidiphtérique ; MM. Gilbert, Hallopeau, Jeanselme, Carnot. — M. GUYONNET ; Adénites de la scarlatine: MM. Gilbert, Hallopeau, Jeanselme, Carnot.

Assistance publique de Paris

Concours de l'Internat en médecine. — ORAL. — *Mercredi* 17 *mars.* — Questions posées : *Anatomie de l'uretère pelvien chez la femme ; Symptômes et formes de la scarlatine sans complication.*

MM. Dubois (Robert) 9, Virengue 13, Morancé 14, Girou 14, Crétaux 10, Pont 16, Dournay 12, Wéber 11, Brodin 17.

Jeudi 18 mars. — Questions posées : *Anatomie des muscles ptérygoïdiens* (sans physiologie) ; *Formes cliniques de la pneumonie chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.*

MM. Petit (Henri) 13, Bernard 11, Métivet 16, Pakowski 15, Migniac 18, Weissenbach 13, Passot 15, Rousseau (Emile) 13, Leroy (Pierre) 16, Lorin 15.

Absent. — M. François (Paul).

Vendredi 19 *mars.* — Questions posées : *Anatomie du nerf moteur oculaire commun ; Symptômes et diagnostic différentiel de l'hémorragie cérébrale.*

Mlle de Jong 12, MM. Zislin 11, Toulant 14, Ramadier 11, Châtelin (Ch.) 17, Bachy 16, Viel (Emile) 13, Durand 14.

Lundi 22 *mars.* — Questions posées : *Anatomie des vésicules séminales* (sans histologie et physiologie) ; *Symptômes évolution et diagnostic différentiel de la tuberculose épididymo-testiculaire.*

MM. Ségard 15, Croissant 14, Baron 13, Saint-Girons 16, Fenard 10, Bollack 12, Cain 17, Gendron 13, Lechevallier 16.

Concours de médecin des hôpitaux. — ÉPREUVE ÉCRITE. — *Mercredi* 17 *mars.* — MM. Weill (Benj.) 20, Rosenthal 20, Courcoux 20.

Jeudi 18 *mars.* — MM. Deguy 20, Bensaude 19, Babonneix 18.

Lundi 22 *mars.* — MM. Grenet 20, Pagniez 20, Ribierre 20.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — 1re ÉPREUVE CLINIQUE. — *Samedi* 20 *mars.* — MM. Chirié 13, Le Lorier 17, Lequeux 18.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — ÉPREUVE ÉCRITE. — *Lundi* 22 *mars.* — Questions posées ; *Sinus frontaux et sphénoïdaux ; Accidents occasionnés par la dent de sagesse.*

Questions restées dans l'urne. — *Articulation radio et médicocarpiennee* avec : *Corps étrangers articulaires du genou : Médiastin postérieur* avec *rétrecissements non cancéreux et non congénitaux de l'œsophage .*

Concours pour la place d'interne à Hendaye, Brévannes et Sainte-Perine. — 22 candidats inscrits.

Composition du jury. — MM. les Drs Lereboullet, Nobécourt et Chevrier.

Hôpital Ricord. — *Cours élémentaire pratique de vénéréologie.* — MM. DETRÉ, GUENOT, MARCEL PINARD, internes à l'hôpital Ricord, commenceront le mercredi 14 *avril* un cours élémentaire pratique (deuxième série) de diagnostic clinique et bactériologique, et de traitement des affections vénériennes. Ce cours sera complet en douze leçons et aura lieu tous les jours à deux heures. Le nombre des élèves est limité. S'inscrire auprès des internes à l'hôpital Ricord (Cochin-annexe, 111, boulevard de Port-Royal).

Droit d'inscription : 30 francs.

1. Urétrites aiguës. Recherche du gonocoque. — 2. Chancre syphilitique. Recherche du tréponème sur frottis. — 3. Phimosis congénital et inflammatoire. Paraphimosis. Section du frein. — 4. Urétrites chroniques. Lavages et instillations. Dilatateur laveur de Kollmann. — 5. Syphilis secondaire et tertiaire. Recherche du tréponème à l'ultra-microscope et dans les coupes. — 6. Rétrécissements inflammatoires de l'urètre. Leur traitement par dilatation (sondes et béniqués). — 7. Complications de la blennorragie (folliculites, prostatites, cystites, orchites) — 8. Chancre mou. Recherche du bacille de Ducrey. — 9. Méatotomie. Urétrotomie interne. Sondes à demeure. — 10. Traitement général de la syphilis. Technique des injections. — 11. Balanoposthites et herpès génital. — 12. Traitement chirurgical des adénopathies de l'aine. Végétations. Molluscum contagiosum.

Charité. — M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours de clinique annexe, a fait sa première leçon, le mardi 23 *mars* à 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre Velpeau.

Examen de plusieurs malades, tous les vendredis à la même heure, dans le même amphithéâtre. Opérations tous les jours à dix heures. Opérations abdominales le jeudi.

TRAVAUX ORIGINAUX

Aphasie, langage intérieur et localisations ;

Par le docteur G. SAINT-PAUL

Médecin-major de la Section technique du service de Santé du Ministère de la Guerre.

Tant que les cliniciens, les physiologistes et les anatomistes ne suivront pas l'exemple de Charcot, de Gilbert-Ballet, de Pitres, de Pick (de Prague) et de quelques rares auteurs, c'est-à-dire tant qu'ils prétendront résoudre la question des aphasies sans chercher à savoir ce que sont le langage et le langage intérieur, il faut s'attendre à ce que le problème de la localisation de la parole articulée demeure insoluble et ne nous vaille qu'incertitude, contradictions et erreurs.

La raison primordiale de toute cette confusion est que chacun ne voit que d'après son optique particulière ; or celle de l'anatomiste diffère de celle du clinicien, laquelle n'est pas la même que celle du physiologiste. Enfin les uns et les autres ne se soucient pas de rechercher avec méthode ce qui existe inévitablemment dans ce phénomène : la conception d'une idée, l'adaptation des mots à la conception, l'émission des mots représentatifs de l'idée.

Tout d'abord, en matière de localisation, deux considérations doivent inéluctablement s'imposer :

Si l'on admet l'existence de centres du langage, ce qui, je le reconnais volontiers, n'est sans doute pas, dans le sens où l'on comprend le mot centre, tout à fait conforme à la réalité, on doit aussi admettre que l'*isolement* d'un centre doit pratiquement aboutir à des résultats sensiblement semblables à ceux qu'entraîne sa *destruction*.

Si par exemple, nous sommes convaincus que le centre de Broca existe et que ses fonctions sont celles que lui reconnaissait Broca, nous concluons que la suppression de ce centre par une hémorragie entraîne la suppression de ses fonctions. Mais comme nous ne pouvons concevoir que les fonctions d'un centre s'exercent autrement que par des organes de transmission situés entre ce centre et d'autres centres, si les organes de transmission sont détruits, il peut y avoir tout aussi bien cessation des fonctions du centre que si le centre lui-même était détruit.

Ceci revient à dire que des symptômes cliniques identiques peuvent résulter aussi bien de lésions portant sur le centre lui-même que de lésions portant sur les organes de relation de ce centre.

Voilà un premier point qu'il faut avoir présent à l'esprit pour interpréter les symptômes de l'aphasie et dont il importe de se pénétrer avant de jeter par dessus bord les découvertes de Broca et les travaux de tant d'éminents physiologistes, ses continuateurs.

D'autre part, ce qui étonne en cérébrologie, c'est la disproportion entre la multiplicité et la richesse des manifestations nerveuses et la monotonie des éléments anatomiques dont sont issues ces manifestations.

Jadis, les psychologues imaginaient, comme Gall, qu'aux différentes facultés devaient correspondre des organes cérébraux de texture différente. C'était une idée simple qui venait naturellement à l'esprit. Le microscope démontre qu'il n'en est pas ainsi. Nous sommes donc obligés de reconnaître que la cellule nerveuse, les organes cérébraux (faits de cellules et de fibres), sont des éléments étonnamment souples qui s'individualisent à des époques différentes de la vie et vraisemblablement ne se localisent qu'approximativement aux mêmes endroits.

Ainsi par exemple, si nous croyons à la réalité d'un centre visuel verbal, nous conviendrons qu'il y a bien peu de chances pour que ce centre (qui ne peut exister que chez les sujets qui savent lire) soit situé, chez tous ceux qui le possèdent, dans le même endroit du cortex, alors que les uns lisent péniblement, que les autres lisent sans cesse, que d'aucuns ont appris à lire à l'âge de cinq ans et certains autres à l'âge de vingt.

Il ne faut donc pas considérer un organe cérébral comme nous considérons un bras ou une jambe et ce serait une erreur de croire ectopique ou tératologique ce qui paraît ne pas être conforme à la majorité des cas observés.

Notez que l'intelligence (je veux dire le phénomène qui constitue l'acte psychique) ne se peut pas localiser et qu'elle est peut-être fonction de toute cellule grise. La notion de centre telle qu'elle a été précédemment enseignée est incontestablement trop étroite. Les fonctions cérébrales psychiques émanent vraisemblablement de complexus de cellules et de fibres, lesquels se développent et s'enchevêtrent avec une irrégularité que nous ne trouvons pas dans les autres éléments de l'organisme.

Il sera nécessaire que notre connaissance des fonctions psychiques soit très avancée pour que nous puissions, dans un cas donné, rapporter avec précision et justesse les symptômes observés aux lésions trouvées à l'autopsie. En attendant, nous avons tellement de chances de nous tromper que nous devons nous astreindre à témoigner d'une extrême prudence et d'une grande modestie dans l'interprétation des dégâts de la matière cérébrale.

Voyons en particulier combien est compliquée l'étude d'un cas d'aphasie.

D'abord, bien entendu, nous reconnaissons que le centre de *Broca* n'est pas un centre moteur ; c'est bien plutôt un centre comparable à un centre sensitif (1) qu'un centre moteur.

Quand l'enfant apprend à parler et émet le son *A*, il y a répercussion du phénomène dans une cellule ou dans un groupe de cellules ou plutôt tout le long d'un complexus ; quand il prononce le son *B*, il y a également retentissement du phénomène soit sur le même territoire, soit sur un territoire voisin. Quand il sait parler et veut parler, le discernement de la parole convenable se fait grâce à l'organe qui s'est ainsi créé. Voilà comme nous concevons le centre de *Broca* et nous ne voyons pas la nécessité que ce centre soit toujours situé dans le pied de la troisième frontale ; il est probable qu'il s'étage au long d'une voie nerveuse comprenant fibres et cellules.

Outre ce centre annexe et qui s'est développé au fur et à mesure que le langage se perfectionnait, il existe des centres moteurs des organes de la phonation ; l'individualisation de ces centres dans le bulbe ne laisse pas de place à l'incertitude ; ce ne sont que des organes d'exécution qui s'éloignent fonctionnellement, des centres psychiques. En cérébrologie, moins il s'agit du phénomène intellectuel, plus les choses apparaissent clairement.

La caractéristique du centre moteur c'est que sa destruction entraîne une paralysie.

Entre les centres moteurs proprement dits et les zones psychiques existent des trajets qui permettent à celle-ci d'agir sur ceux-là. Je suis tenté de penser que l'incitation psychique retentit par un centre psychique incito-moteur sur le centre moteur véritable. Et je crois que les zones

(1) Sensitif, *endosensitif*, car sa fonction est d'être impressionnée par les sensations, disons par les modifications que détermine chez le sujet qui parle le fait même de parler.

En ce qui concerne les autres centres de la zone corticale dite motrice est-il nécessaire de rappeler les judicieuses conceptions d'*Hitzig*, son refus de considérer ces centres comme moteurs et d'admettre que leur destruction détermine des paralysies véritables ?

psychiques ne sont à proprement parler ni sensitives, ni motrices, qu'elles ne reçoivent pas des impressions, mais bien des *impressions d'impressions*, qu'elles ne réagissent pas par des actes moteurs, mais bien par des *incitations de réactions*.

En admettant même que ces idées soient trop compliquées, il n'en demeure pas moins certain que le fait de parler met en jeu un nombre considérable de zones et de complexus, d'où l'obscurité des phénomènes et la multiplicité des interprétations. Ajoutons les difficultés que créent les différences de terminologie.

Il faut distinguer dans la discussion de tout cas d'aphasie :

Les zones psychiques, dont la lésion détermine des troubles intellectuels ;

Les centres moteurs, dont la lésion occasionne la paralysie des organes de la phonation ;

Le centre de Broca, grâce auquel le mot s'adapte convenablement à l'idée ;

Les trajets selon lesquels s'effectue l'incitation psychique qui met en branle les organes moteurs, trajets à la lésion desquels il conviendrait de rattacher des symptômes désignés par un nom spécial, que la lésion s'accompagne de paralysie par influence sur les centres moteurs véritables, ou qu'il n'y ait pas paralysie.

Les trajets qui unissent les centres psychiques au centre de Broca, trajets dont la suppression aura pour résultat une paraphasie dont la caractéristique sera l'*abolition du souvenir des mouvements à effectuer pour parler*, mais dans laquelle il y aura *possibilité de la conservation de la parole réflexe* (parole en écho, lecture réflexe, parole provoquée par le fait d'écrire, etc.).

Les trajets qui unissent le centre de Broca aux organes moteurs, trajets dont la suppression aura pour résultat l'impossibilité absolue de parler, une paraphasie qui pourra simuler l'aphémie complète, mais dans laquelle il y aura *conservation de l'usage mental* (du parler mental), des mots.

Ainsi donc les éléments anatomiques dont l'altération ou l'intégrité doivent être appréciés dans les cas d'aphasie et de paraphasie sont nombreux et variés.

A cela il faut ajouter cette considération que chacun des centres d'une région cérébrale est uni par des trajets plus ou moins sinueux à des centres appartenant à d'autres régions, parfois à des régions lointaines. Nous avons la preuve qu'il en est ainsi par l'existence des *Leitungsphasies* (aphasies de conductibilité) et des *paraphasies de subordination*, dont l'interprétation, en l'état actuel de la science, demeure souvent impossible.

Notons encore que la clinique et les autopsies n'offrent pas à notre examen de lésions de dégénérescence primitive, je veux dire de lésions qui, ayant débuté par un groupe de cellules cérébrales, atteignent progressivement tout cet organe cérébral en respectant les organes voisins. Il s'agit généralement de cas ayant débuté par une hémorragie, c'est-à-dire par une inondation qui a subitement submergé, détruit, comprimé les organes et les voies de conductibilité les plus variés et provoqué un amalgame indéchiffrable de lésions directes et de lésions à distance.

Comment, en de pareilles conditions, l'anatomie et la clinique seules pourraient-elles résoudre le problème, surtout si, comme la chose est probable, les organes cérébraux n'ont pas une localisation rigoureusement identique chez tous les sujets ?

Nous sommes en présence, dans la plupart des cas, d'un enchevêtrement de symptômes, parce que les lésions portent sur des organes et sur des trajets voisins, contigus, mais dont les fonctions sont différentes.

Tant que l'anatomie et l'embryologie, guidées par des découvertes remarquables, comme celles de Flechsig, ne nous auront pas fourni de données absolument précises, nous aurons nécessairement pour principal guide, dans la discussion d'un cas d'aphasie, la *physiologie*.

L'étude du langage, la compréhension détaillée au point de vue fonctionnel des phénomènes qui constituent le fait de traduire des idées par des mots et par des paroles prononcées, peut seule nous amener à la dissociation des fonctions élémentaires qui ressortissent à des éléments anatomiques distincts.

La projection mentale des mots (sous leur forme motrice, auditive ou visuelle selon le cas) est-elle conservée ou abolie ? Voilà un point qu'il importe tout d'abord d'élucider, car selon qu'il s'agit d'une paraphasie *projective* ou *aprojective*, c'est-à-dire selon que l'usage mental du mot est ou non conservé, nous devrons, en cas d'autopsie, attribuer au point, au trajet lésé, une signification fonctionnelle dissemblable. J'ai indiqué en 1904 l'importance de cette recherche de la conservation ou de l'abolition mentale des mots dans les cas d'aphasie, et aussi de celle de l'existence ou de la suppression du *langage reflexe*, recherches qui, dans les cas de *paracécité verbale*, par exemple, doivent permettre de rapporter à des lésions différentes les deux types suivants :

Type A.— *Perte de la reconnaissance consciente des mots lus. Conservation possible de la reconnaissance réflexe des mots lus. Conservation possible de la lecture et de la copie réflexes.*

Type B.— *Perte de la reconnaissance des mots lus. Conservation de la projection mentale visuelle des mots pensés. Conservation possible de la projection mentale visuelle des mots entendus, prononcés ou lus par le doigt. Pas de lecture réflexe. Copie servile* (*copie-dessin*) (1).

Deux raisons s'opposent actuellement à ce qu'il soit tenu un compte suffisamment précis de l'état d'intégrité ou de détérioration de la fonction du langage lorsqu'il s'agit d'apprécier un cas d'aphasie :

La première est que le langage intérieur échappe à l'observation d'un certain nombre de personnes ; or il importe beaucoup, il est généralement indispensable, dans les cas d'aphasie et de paraphasie, d'avoir des renseignements exacts sur le langage intérieur du malade et sur les modifications que l'accident a apporté à ce langage. Il est hors de doute que certains malades ne peuvent renseigner le médecin ; même à l'état normal on rencontre des sujets, fussent-ils des plus intelligents, des savants, fussent-ils des plus éminents, qui n'ont pas la faculté d'éprouver consciemment le phénomène du langage intérieur.

A cette condition défavorable pour l'étude de l'aphasie s'ajoute ce fait présentement désastreux qu'un grand nombre de médecins ignorent jusqu'au nom du *langage intérieur* ; d'aucuns, que rebutent les schèmes dont on a plus ou moins abusé à propos de l'étude du langage et des différentes mémoires, condamnent en bloc la physiologie du langage avec d'autant plus de facilité que cette physiologie porte parfois le nom de psychologie et rejettent tous les schèmes, y compris ceux de Charcot.

De l'analyse patiente de plus de deux cents observations relatives au langage intérieur, de l'étude des travaux si remarquables de Pitres, de la découverte de types nouveaux que j'ai faite, en 1892, je crois être en mesure, après des années d'observation et de réflexion, de tirer la conclusion suivante, qui est celle que me paraît imposer la lecture de l'ouvrage que j'ai consacré au *langage intérieur et aux*

(1) Voir (chap. III) *Le langage intérieur et les paraphasies*. Paris, Alcan.

paraphasies, ouvrage qui ne doit être considéré que comme une introduction à l'étude des aphasies et des localisations :

L'interprétation des cas d'aphasie et de paraphasie nécessite la connaissance, la compréhension aussi parfaite que possible de ce qu'est le langage intérieur.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos du concours des hôpitaux de Paris.

Dans un précédent bulletin, j'enregistrais notre tendance à tous de confier nos misères aux souverains du moment, plutôt que d'essayer d'arranger les choses nous-mêmes, en famille. Il est encore une autre tendance, analogue à la précédente, et qui consiste à faire appel à cette autre souveraine, l'opinion publique. Il y a une quinzaine, ce fut M. Bouchard, qui, dans de longues colonnes du *Temps*, exposait à un rédacteur stylé et bienveillant ses rêves de transformation de l'agrégation.

Plus récemment, et aussi avec un peu plus de fracas, parurent dans le *Journal* deux interviews successives de M. Huchard, à propos du concours de médecin des hôpitaux de Paris, et je vous donne à penser que M. Huchard, juge démissionnaire, ne ménagea pas ses critiques. Je n'ai pas à apprécier ni les termes ni les procédés employés, mais il me semble qu'il est permis de discuter le concours, entre nous, dans les colonnes toujours libéralement ouvertes du *Progrès médical*.

Il y a plusieurs faits incontestables : les candidats murmurent sur la forme et l'injustice du concours, tel qu'il est pratiqué (1) ; les juges eux-mêmes, pour la plupart, déplorent de recourir à certains procédés pour aboutir aux nominations définitives. Et l'on n'entrevoit que difficilement une solution satisfaisante. Quoi que l'on fasse, en effet, il y aura toujours des mécontents ; cette année-ci, par exemple, 97 candidats, tous de valeur, concouraient pour trois places de médecin des hôpitaux ; l'an prochain, ils seront 120. Cette énorme quantité de postulants est la cause première de toutes les récriminations. Il est impossible, en effet, avec si peu de places, de contenter beaucoup de monde, et le nombre des mécontents croît proportionnellement avec celui des candidats. D'autre part, on ne peut pas exiger du juge l'impartialité absolue ; il est homme avant tout, et enclin à favoriser son élève, au détriment d'un autre candidat. La chose est trop naturelle pour être supprimée par un simple article de règlement. Comment, d'ailleurs, pourrait-il, sur quelques épreuves, choisir trois candidats sur beaucoup d'autres d'égale valeur, s'il en était autrement ?

Evidemment, la solution la plus simple serait d'augmenter le nombre des places dans de grandes proportions pour satisfaire beaucoup de candidats. Remède pire que le mal, puisque ce serait amoindrir la valeur du titre ; et l'Assistance publique n'est nullement disposée, pour apaiser le conflit, à créer des emplois pour la plupart inutiles.

Que faire alors ? Je ne voudrais pas prétendre résoudre un problème d'apparence insoluble ; mais il nous est loisible de discuter ; et si de cette discussion, il ne résulte aucun bien, il sera toujours temps d'envoyer une délégation à M. Clémenceau, et d'invoquer l'opinion souveraine, par la voie des grands quotidiens, ses serviteurs plus ou moins infidèles.

S'il est impossible d'exiger du juge, quel qu'il soit, l'impartialité absolue, du moins il est permis de limiter humainement la part de la faveur. Pour cela, chaque jury devrait être composé d'un grand nombre de juges, au moins le triple du nombre de places à donner par exemple ; de cette façon, beaucoup de candidats auraient quelque chance de rencontrer dans le jury un de leurs maîtres ; et cette quantité respectable de juges rendrait plus aléatoires les combinaisons faites à l'avance, dont tout le monde se plaint avec juste raison. Ce jury ainsi constitué, après avoir octroyé une large admissibilité, augmenterait le nombre des épreuves pratiques et théoriques, afin de rendre plus facile l'élimination progressive des candidats admissibles.

D'autre part, puisqu'il n'est pas permis d'augmenter suffisamment le nombre des places mises au concours, on peut en revanche diminuer le nombre des candidats. Et pour cela, il n'y aurait qu'à imiter ce qui se passe ailleurs, en chirurgie par exemple, où l'on n'est véritablement candidat qu'après avoir successivement franchi les dures étapes de l'adjuvat et du prosectorat. Pourquoi ne pas instituer, au sortir de l'internat de médecine, une sorte de concours de médaille d'or, plus large que l'actuel, mais qui donnerait aux lauréats une chance sérieuse d'arriver plus tard médecins des hôpitaux ? Celui qui aurait échoué, pour une raison ou pour une autre, au cours de ces épreuves éliminatoires, sortirait de la lutte assez à temps pour refaire sa vie, et ne serait pas exposé à l'aigreur si naturelle de l'âge mûr, où tout insuccès occasionne des meurtrissures profondes. Sans doute, ce ne serait pas là la justice absolue ; mais l'atteindra-t-on jamais dans ce monde, même si l'on en croit M. Jaurès ? F. R

(1) Le concours actuel est divisé en concours d'admissibilité et concours d'admission. Je ne veux pas pour le moment entrer dans le détail, mais il ressort de toutes les conversations que le concours d'admissibilité est celui qui demande le plus de réformes.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la blennorragie ;

Par G. **MILIAN**,
Médecin des hôpitaux.

Bien peu de médecins sont d'accord sur le traitement de la blennorrhagie. Les uns, et qui ne sont pas des moins nombreux, conservent la vieille méthode de Ricord. Ils mettent le malade au régime de l'eau, du lait, des mets fades et attendent patiemment que l'écoulement devienne moins épais, et de vert passe au blanchâtre. A ce moment, ils donnent le copahu et le cubèbe, ou le santal, à hautes doses jusqu'à cessation de l'écoulement. D'autres donnent des injections à la période de blanchissement de l'écoulement ; ils conseillent de faire plusieurs fois par jour des injections avec une seringue remplie d'une solution plus ou moins concentrée de permanganate ou de sublimé, de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de protargol, etc.

D'autres, enfin, donnent, à cette période de « blanchissement », de grands lavages intravésicaux au permanganate de potasse.

Beaucoup enfin cherchent, lorsque la blennorrhagie est

à son début, à faire avorter celle-ci en injectant dans le canal des antiseptiques forts « capables de tuer les gonocoques avant leur pullulation ».

Il y a, en un mot, deux classes de traitements : la première qui laisse évoluer la maladie et lui laisse courir son cycle sans faire grand'chose pour l'entraver ; la seconde qui essaye de détruire le gonocoque à l'aide d'antiseptiques forts. Les deux sont également illogiques : par l'une, le médecin laisse la maladie se dérouler à son gré ; dans l'autre on a la prétention de détruire les microbes sans s'inquiéter de savoir si on lèse la muqueuse et par suite la met en état de moindre résistance. Bien mieux, quand les individus suspects d'avoir contracté la blennorrhagie reçoivent une *injection* abortive de nitrate d'argent, il se développe chez eux une uréthrite à pus très épais et souvent sanguinolent, due à la causticité du produit. Si le sujet n'est pas contaminé, il gagne une violente uréthrite qui dure quelques jours ; s'il a quelque chose, la blennorrhagie n'est pas enrayée ou mieux même elle est souvent exaspérée et compliquée de lymphangite.

Quiconque a vu (et tout le monde les a vus) les résultats obtenus par ces différents modes de traitement est convaincu de leur médiocrité. Le cours de la maladie n'est pas entravé ; l'écoulement reste abondant et épais pendant trois à quatre semaines. La verge est souvent enflée, en tout cas répugnante. Il est difficile de tenir propres les pansements. Le malade est dégoûté de lui-même, heureux encore quand il ne voit pas survenir orchite, lymphangite de la verge, cystite, abcès urineux.

***

Il y a pourtant un bon traitement de la blennorrhagie : c'est le *lavage au permanganate de potasse* très faible, *à canal ouvert*.

Le tort des injections est d'avoir la prétention de tuer le microbe *in situ*. Quel est l'antiseptique qui a jamais tué suffisamment les microbes pour que son application intermittente suffise à désinfecter une région ? Il reste à trouver. La plupart des antiseptiques agissent grâce aux lavages dont ils sont le prétexte. Le meilleur désinfectant des plaies est la balnéation prolongée qui nettoie leur surface ; le brossage mécanique, le savonnage, ont le même avantage. Pour l'urèthre enflammé, les conditions sont identiques : les lavages répétés, en balayant la muqueuse la débarrassent des germes qui y sont déposés. On désinfectera l'urèthre comme le vagin par de grands lavages. Cela se fait d'autant mieux que le gonocoque est déposé au méat, qu'il ne pénètre que lentement dans les régions plus profondes et qu'il reste en général cantonné à l'urèthre spongieux. Pour cela, pas n'est besoin d'antiseptiques puissants ; il suffit d'antiseptiser un peu le liquide pour le rendre impropre au développement des microorganismes, mais il faut faire des lavages fréquents et abondants : fréquents, c'est-à-dire trois fois par jour ; abondants, c'est-à-dire de deux litres chaque fois.

On objectera dès lors que le procédé n'est pas pratique, car un malade est dans l'impossibilité de venir trois fois par jour chez son médecin pour se faire laver l'urèthre. Il est certain qu'un pareil traitement serait impraticable : il devient possible si *le malade fait lui-même ses lavages*, ce qui est réalisable pour les lavages à canal ouvert : il faut expliquer la chose avec assez de détails, montrer au besoin à faire le premier lavage. Il n'y a aucune difficulté à cela et je soigne avec le plus grand bonheur tous mes malades blennorrhagiens par ce procédé.

Voici le traitement que je conseille et que je fais distribuer aux nombreux chaudepissards qui viennent à l'hôpital Ricord aux consultations du soir : d'abord le régime, ensuite le lavage.

Régime

1° S'abstenir complètement de vin, bière, bière, liqueurs apéritifs, café et toutes boissons renfermant l'alcool.

2° Boire en abondance de l'eau, du lait, de la tisane de chiendent ou de queues de cerises, de manière à uriner le plus souvent possible.

3° Ne pas voir de femmes.

4° Ne pas porter les mains aux yeux après avoir touché les parties malades.

5° Ne jamais faire d'injections avec une seringue ou tout autre instrument analogue, sous peine de complications pénibles.

6° Tenir les parties malades très proprement en faisant trois fois par jour des lavages extérieurs à l'eau tiède.

7° Envelopper les parties malades d'une compresse qui sera changée matin et soir (compresse de toile fine, morceaux de vieux mouchoirs, draps usés, etc.).

Ne jamais boucher l'orifice du canal avec un tampon d'ouate hydrophile ou tout autre objet, car il faut laisser le pus s'écouler librement au dehors.

8° Prendre des grands bains le plus souvent possible.

Technique du lavage

1° Permanganate de potasse	20 gr.
Eau	500 »
2° Bisulfite de soude à 20 p. 100	300 »

3° Bock de 2 litres avec tube en caoutchouc de 2 mètres.

4° Canule uréthrale de Janet.

Préparation du matériel. — Accrocher le bock à 1 m. 50 du sol, jamais plus haut, le remplir d'eau bouillie ou filtrée ou même simplement d'eau de source tiède.

Verser dans l'eau 2 cuillerées à café, jamais davantage, de la solution de permanganate.

Pratique du lavage. Quand tous les préparatifs sont terminés, *uriner* et *se laver les mains*.

S'asseoir sur une chaise, un seau hygiénique entre les jambes pour recueillir les eaux du lavage. Introduire de 1/2 centimètre environ dans le canal l'extrémité de la canule, la verge étant maintenue dans l'axe de la canule et laisser couler le liquide par sa seule pression. *Il ne faut jamais essayer de retenir le liquide à l'intérieur de la verge en pressant sur le canal pour le fermer sur la canule ; il faut, au contraire, laisser ressortir le liquide au fur et à mesure qu'il entre.*

Recommandations. Ces lavages doivent être faits trois fois par jour, deux fois au minimum, ils doivent être de 2 litres chaque fois. Sous leur influence, l'écoulement disparaît rapidement, mais la maladie n'est pas guérie pour cela. Il ne faut cesser les lavages qu'après cinq à six semaines et après avoir pris avis du médecin qu'il faut revoir toutes les semaines. Faute de se conformer à cet avis, on verrait la maladie récidiver rapidement.

La solution blanche de bi-sulfite de soude n'est pas destinée à servir au traitement. Elle sera employée à enlever les taches de permanganate qui pourraient salir le linge et les mains au cours des lavages.

Les résultats obtenus ainsi sont réellement merveilleux : en deux, trois ou quatre jours, l'écoulement disparaît, qu'on en soit à la première, à la deuxième ou à la quatrième semaine de la maladie. L'individu est immédiatement « pré-

sentable ». Plus de ce pus qui salit tout, plus de ce méat et de ce prépuce tuméfiés. C'est le traitement idéal des gens mariés, car il leur évite rapidement l'écoulement humiliant et les taches révélatrices, et la douleur disparaît également très vite. Mais il faut bien savoir que si, satisfait de ce résultat immédiat, on cessait le traitement, l'écoulement ne tarderait pas à reparaître. Quelquefois le sujet, un peu trop zélé, augmente la dose de permanganate, qui devient dès lors irritante ou bien ferme les lèvres du méat sur la canule et contracte un peu de cystite. Il suffit de cesser deux ou trois jours les lavages et tout rentre dans l'ordre. Bien mieux, avec cette méthode les complications sont rares : sur un nombre très grand de sujets je n'en ai jamais vu aucune. J'ai vu une fois une orchite chez un imprudent qui continuait à avoir des rapports fréquents avec sa maîtresse, malgré sa blennorrhagie. L'état de propreté du canal lui permettait d'être accepté et il en abusait. Je ne saurais donc le considérer comme ayant fait son traitement d'une manière convenable. Mais chez les autres, jamais je n'ai vu d'orchite, de rhumatismes, d'abcès, etc.

J'ai essayé cette même méthode des *lavages abondants et fréquents* non seulement dans la blennorrhagie aiguë, mais encore *dans la blennorrhagie chronique*. Quoique cela puisse paraître étrange, puisque l'on admet qu'il s'agit alors d'uréthrite postérieure et que les lavages à canal ouvert n'atteignent pas l'urètre postérieur, ces uréthrites chroniques guérissent par six à huit semaines de lavage. J'en ai vu quelques-unes résister, mais je dois dire qu'elles résistaient également à tous les autres modes de traitement, alors que j'ai guéri par ce procédé des uréthrites chroniques qui n'avaient pas cédé aux instillations de nitrate d'argent, massage de la prostate, etc.

REVUE DES JOURNAUX

Intoxications oxycarbonées méconnues; par Hirtz. (*Bulletin médical*, 1909, n° 2.) — Les calorifères à air chaud défectueux, mal surveillés, déversent dans l'atmosphère des locaux habités des quantités infinitésimales, mais continues, d'oxyde de carbone. Les accidents sont rarement graves. C'est sournoisement, insidieusement, que l'intoxication se produit, et l'on observe de la céphalalgie, une sensation pénible de casque, des vertiges, de l'anémie ; ou bien c'est aussi de l'inaptitude au travail, de la lenteur de la mémoire, de la somnolence, ou encore, à un degré plus avancé, de la cryesthésie, des migraines simples ou ophtalmiques et même des crises légères d'angor pectoris. Et l'on se paye de mots : on invoque, faute de mieux, l'anémie la neurasthénie ; on épuise toute la liste des analgésiques ; on prescrit du fer, du quinquina, des injections de cacodylate de soude et d'autres médications encore. Or, toute cette thérapeuthique échoue dans la saison d'hiver et fait merveille au printemps, lorsqu'on éteint les calorifères.

On a signalé aussi des accidents plus graves, des paralysies transitoires ou durables, hémiplégie, paraplégie, monoplégie, des troubles trophiques, et Brissaud a bien étudié les altérations des facultés intellectuelles, l'inertie de la pensée et l'amnésie. M. Hirtz a déjà insisté ailleurs sur les phénomènes de névralgies, de névrites, et même de pseudo-douleurs fulgurantes,

Bon nombre des observations concernent des médecins, ce qui tient peut-être à ce qu'ils s'observent mieux que d'autres sujets, étant conscients du danger. Une profession particulièrement exposée est celle des cuisinières.

Les différents types humains d'après l'aspect de la tête; par A. Chaillou. (*La Clinique*, 12 février 1909.) — En faisant passer deux plans horizontaux, l'un par la racine du nez, l'autre par sa base, on divise schématiquement la tête en trois étages nettement différenciés.

L'étage supérieur ou cérébral, le moyen ou respiratoire, l'inférieur ou digestif. L'*égalité* et l'*inégalité* de ces *trois* étages forment *quatre* types morphologiques absolument distincts.

Sur la face humaine vivante, si l'étage supérieur, mesuré de la racine des cheveux à la racine du nez, égale chacune des deux autres, on se trouve en présence du *type musculaire*. Si, au contraire, il est plus développé, il caractérise le *type cérébral*. De même dans le *type respiratoire*, l'étage moyen l'emporte en hauteur sur les deux autres. Enfin, dans le *type digestif*, la hauteur, mesurée de la partie la plus inférieure de la sous-cloison du nez à la partie la plus inférieure du menton, constitue plus du tiers de la face.

Des résultats fournis par l'étude de la température pour le diagnostic précoce de la tuberculose. — Parmi les recherches cliniques qui servent au diagnostic de la tuberculose au début, la thermométrie, sans être au premier plan, présente un certain intérêt ; M. Krantz (1) a étudié avec beaucoup de soin, au sanatorium de Hendaye, les variations thermiques chez de nombreux enfants, les uns tuberculeux, les autres indemnes. Les constatations suivantes, trouvées soit isolément, soit ensemble, lui paraissent seules avoir de l'importance au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose : 1° état subfébrile ; température du matin normale, température du soir aux environs de 38 degrés, au repos ; 2° fièvre rémittente avec rémission matinale ; 3° brusques et fortes ascensions de température, survenant soit à des heures inaccoutumées, soit à la place d'ascensions modérées ; constante, quoique très lente, augmentation de la température, en dehors d'angine ou d'embarras gastro-intestinal ; 4° persistance de l'hyperthermie ou continuation de l'ascension thermique chez un enfant qui, mis au repos auparavant, faisait une défervescence ; trop facile ascension à 38 degrés le matin ; 5° température de 37° à 37°3 le matin au réveil ; 6° irrégularité des réactions de promenade qui, pour un même effort, sont tantôt faibles, tantôt fortes.

A propos de cette dernière conclusion, on remarquera qu'elle ne confirme pas la loi établie par Daremberg, qu'un écart de 4 à 5 dixièmes de degré entre les températures prises avant et après la marche doit faire conclure à la tuberculose.

M. Krantz a constaté que l'ascension de la température après mouvement est très variable chez l'enfant et dépasse pour ainsi dire toujours 4 dixièmes, aussi bien chez les sujets à oculo-réaction négative que chez les sujets à ocule-réaction positive ; mais, lorsque l'enfant est tuberculeux, l'hyperthermie ainsi produite persiste une fois qu'il est au repos plus longtemps que chez les enfants sains. M. Krantz fait encore remarquer que la température est assez variable chez l'enfant même en bonne santé, et que souvent des températures de 37°8 sont atteintes par les sujets jeunes non tuberculeux ; aussi en réalité « l'étude intéressante à faire est-elle celle de la moyenne des températures, pendant dix jours par exemple ». (*Gazette des hôpitaux*, 2 mars 1909, p. 30.)

Le traitement des fistules par les injections de pâte au sous-nitrate de bismuth. — E. G. Beck (de Chicago), voulant rechercher par la radiographie l'étendue et la direction de trajets fistuleux compliqués, injecta par l'orifice un mélange de sous-intrate de bismuth et de vaseline liquéfié par la chaleur pour rendre le trajet perceptible aux rayons Röntgen. A son grand étonnement, ces trajets se fermèrent très rapidement. Il érigea ce mode d'exploration en méthode de traitement et sa vogue est très grande aux Etats-Unis. En Europe, déjà quelques auteurs en ont expérimenté les effets (Nemenoff, Eggenberger, Dollinger).

L'état aigu des lésions est une contre-indication formelle, une réaction intense suivrait l'injection.

La technique est simple, Beck emploie une seringue en verre à piston d'amiante et embout de caoutchouc. Pour les cavités du nez, on se sert d'aiguilles droites, courbes, à extrémité olivaire.

L'embout doit tenir fortement à la seringue, car l'injection

(1) Louis Krantz. — De l'étude de la température dans le diagnostic précode de la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant ; *Thèse de Paris*, 1908. Asselin et Houzeau.

nécessite une certaine force. La seringue est stérilisée par ébullition.

Beck se sert de plusieurs pâtes plus ou moins consistantes, dont voici les deux plus usuelles :

1° Sous-nitrate de bismuth libre de toute impureté	1 partie
Vaseline	2
2° Sous-nitrate de bismuth	30 gr.
Cire blanche	5 gr.
Paraffine molle	5 gr.
Vaseline	60 gr.

Le mélange doit être fait intimement pendant ébullition et la pâte stérilisée à l'autoclave. Pour s'en servir, on la fait ramollir au bain-marie. On emplit la seringue et on attend que la pâte soit sur le point de se solidifier. Le malade est placé de façon que le contenu de la fistule ne s'écoule pas au dehors. On exprime avec soin le trajet, on nettoie l'orifice d'entrée, puis on pousse lentement et avec une force suffisante la pâte dans la fistule. La pénétration s'accompagne d'une sensation de cuisson qui persiste peu. La seringue retirée, l'orifice est vivement bouché par un tampon de coton que l'on maintient jusqu'à solidification.

Si la cavité présente plusieurs orifices, tous, sauf un, doivent être pendant l'injection maintenus bouchés par de petits tampons de coton maintenus par un aide, du collodion ou des rondelles de sparadrap.

L'injection est renouvelée selon les cas à un temps variable de deux à quinze jours.

Parfois une seule injection suffit à amener la guérison, d'ordinaire plusieurs sont nécessaires.

Cette méthode, si séduisante au premier abord, présente un gros point noir, c'est que le sous-nitrate de bismuth possède une action toxique qui n'est pas à négliger.

Elle se présente sous deux formes bien différentes :

Intoxication aiguë caractérisée par la dyspnée, tachycardie, hypothermie, convulsion et surtout par la cyanose excessive avec méthémoglobinémie : accidents pouvant être mortels.

Intoxication lente : stomatite, teinte blanche de la muqueuse buccale avec taches bleues, liséré bleuâtre autour des dents pouvant aller à l'ulcération. Catarrhe intestinal douloureux, néphrite desquamative pouvant entraîner la mort dans les cas graves. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1909, p. 336.)

Le traitement chirurgical de l'hémorrhagie cérébrale. — D'après MM. Russell et Sargent, les cas justiciables d'une intervention seraient ceux dans lesquels les troubles de la motilité se trouveraient strictement localisés à la moitié du corps et s'accompagneraient de coma profond sans tendance à l'amélioration.

Ces symptômes indiquent, en effet, que l'hémorrhagie n'a pas atteint les ventricules cérébraux et que la tension intracranienne est élevée. L'hypertension intracranienne, est, en réalité, la véritable indication de la trépanation, car, par elle-même, elle peut provoquer la mort. Ainsi que l'a fait voir M. Pierre Marie (1), les hémorrhagies abondantes siégeant dans les noyaux gris centraux, surtout dans la couche optique ou le lobe occipital, provoquent un déplacement en masse du cervelet dans certaines parties, les amygdales principalement, peuvent s'engager dans le trou occipital. Le bulbe se trouve ainsi bloqué et sa circulation compromise.

La compression bulbaire, dont dépendent les symptômes respiratoires de l'apoplexie relevés par MM. Cushing, Russell et Sargent, est, on le comprend, heureusement modifiée par la décompression consécutive à l'intervention. De fait, dans tous les cas ces symptômes ont cédé très promptement. Il est possible enfin, que la mort rapide résultant de la compression du bulbe puisse être évitée grâce à une intervention précoce.

L'évacuation du foyer hémorrhagique n'est pas cependant, sans présenter de notables inconvénients. Par la section du cortex, le chirurgien s'expose à léser des fibres de la couronne rayonnante qui peuvent être seulement comprimées par le raptus hémorrhagique, mais non détruites.

En réservant l'intervention exclusivement aux cas d'hémorragie cérébrale grave, il sera exceptionnel, à moins d'opérer sur les centres corticaux, de léser avec le bistouri d'autres fibres que celles que l'hémorrhagie a détruites plus ou moins complètement, si l'on a soin de se guider sur le trocart explorateur. (*La Semaine Médicale*, 17 mars 1909, p. 124.)

(1) Pierre Marie. — Sur la compression du cervelet par les foyers d'hémorrhagie cérébrale. (Comptes rendus de la Soc. de biol., séance du 1er juillet 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 231.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 mars 1909.

Pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. — M. *Cany*, en passant à l'appareil de Marsh les poumons de moutons qui ont séjourné dans la salle d'inhalation de l'eau arsenicale de la Bourboule et ceux de moutons témoins, a trouvé que les premiers contiennent une quantité d'arsenic trois fois plus forte que les poumons normaux. Il en conclut, s'appuyant sur des expériences similaires réalisées avec des poussières d'eau chargées de microbes ou de poudres diverses, que les liquides bien poudroyés pénètrent d'une façon certaine dans les voies respiratoires profondes, à la condition que les gouttelettes produites soient de très petites dimensions et que leur nombre dans l'air inspiré soit le plus grand possible. Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mars.

Albuminurie orthostatique. — M. *Dufour* cite le cas d'une jeune fille, atteinte d'albuminurie orthostatique, qu'il a guérie en lui faisant porter une sangle.

Pleurésies purulentes au décours de la scarlatine chez l'adulte. M. *Simonin* a observé, sur 428 cas, trois fois des complications pleurales : deux fois une pleurésie purulente à streptocoques, une fois une pleurésie purulente à pneumocoques. Dans les trois cas l'évolution fut fatale, ce qui contraste avec le caractère bénin des cas rapportés par Teissier et Duvoir. La gravité dépend de la virulence variable des agents de l'infection secondaire, de la résistance du terrain. La rareté de ces complications, la diversité de leurs symptômes et de leur gravité ne permettent pas une description spéciale de la pleurésie scarlatineuse.

Utilité de l'examen ultramicroscopique dans le diagnostic des accidents syphilitiques et spécialement du chancre. — M. *Milian*, sur 50 examens ultramicroscopiques, a examiné 27 chancres de diagnostic difficile ou impossible. Six de ces chancres étaient mous (bacille de Ducrey), 21 étaient spécifiques : 19 fois il a trouvé le tréponème ; dans les deux autres cas, il s'agissait une fois d'un chancre du méat et une autre fois d'un chancre presque cicatrisé. En somme, résultats positifs dans 95,2 pour cent des cas. Eu égard à la faible proportion de cas positifs obtenus par la coloration, exigeant une préparation délicate et un examen prolongé, on conçoit l'avantage de l'examen ultramicroscopique. M. Milian a pu diagnostiquer des chancres spécifiques atypiques par leur siège et leurs caractères macroscopiques. Le vrai caractère des plaques muqueuses aussi se reconnait également facilement avec l'ultramicroscope. De même on tire un grand avantage de cette méthode dans la syphilis expérimentale.

Sur les injections de strophantine. — MM. *Vaquez* et *Lecomte* ont obtenu d'excellents résultats dans l'insuffisance cardiaque par les injections de strophantine dans les veines, à la dose de 1 milligr. tous les deux ou trois jours. L'asystolie rétrogradait, les œdèmes disparurent, une abondante diurèse s'installa et le cœur dilaté revint à ses dimensions antérieures. Sans nier le danger que peut présenter l'emploi de cette médication, les auteurs ne voudraient cependant pas la voir rejetée de la thérapeutique cardiaque, à condition que l'emploi de la strophantine reste réservé aux cas où les autres médicaments n'ont pas donné de résultats, à condition qu'on emploie de petites doses de strophantine, et dans les cas où l'insuffisance rénale n'est pas liée à une lésion du rein La voie veineuse est la meilleure.

Valeur relative de la cuti et de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. — M. *Macé de Lepinay* a employé les deux méthodes sur 150 enfants : 143 résultats concordants (95 cas positifs, 48 négatifs). L'intra-dermo-réaction, étant plus précoce, plus nette et plus fidèle, reste cependant le procédé de choix pour la recherche de la réaction à la tuberculine.

Cancer latent de l'estomac à forme anémique.— MM. *Clerc* et *Gy* rapportent le cas : mort par anasarque généralisée et anémie intense, sans troubles digestifs prononcés et sans tumeur. A l'autopsie, on trouve un cancer colloïde de la petite courbure. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic. L'examen hématologique ne permet pas de différencier cette forme de cancer de l'anémie pernicieuse véritable. L'examen des fèces (réaction de Weber) permit de déceler de petites hémorrhagies persistantes et de soupçonner l'existence d'un cancer.

Végétations adénoïdes et tuberculose. — M. *Nobécourt* a cherché à préciser les rapports qui existent entre les végétations adénoïdes, les adénopathies trachéobronchiques et la tuberculose. L'auteur n'admet pas l'origine uniquement tuberculeuse des végétations et de l'adénopathie trachéobronchique et conseille de rechercher la réaction intradermique à la tuberculine, avant d'instituer un traitement.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1909.

Fractures du col fémoral. — M. *Delbet.* — On peut distinguer 3 variétés principales de la fracture du col fémoral : l'une au voisinage de la tête, une seconde nettement cervicale, la 3e enfin, cervico-trochantérienne. Dans cette dernière, le grand trochanter est fréquemment arraché et c'est une fracture à 3 fragments. Dans ces cas il y a souvent pénétration ; mais il n'y a pas d'engrènement. Dans ces cas aussi, le petit trochanter est parfois fracturé, ainsi que l'a fait remarquer M. Potherat.

Plaies de poitrine. — M. *Demoulin.* — J'ai déjà rapporté ici le cas d'une malade qui fut opérée dans mon service pour une plaie du thorax par balle. C'est vous dire que je suis volontiers interventionniste dans les cas où l'hémorragie me paraît grave. On vous a rapporté 9 cas nouveaux : 4 de ces cas accompagnés de symptômes graves ont guéri sans intervention. 5 ont été opérés. Deux de ces malades ont succombé ; 3 ont guéri, mais non sans incident. Tout cela n'est donc pas très favorable à l'intervention.

Cette opération peut, de plus, être assez souvent peu satisfaisante, car l'extériorisation du poumon peut n'être pas possible. D'autre part les corps étrangers qui peuvent être entraînés restent dans la plaie et peuvent l'infecter, devenant l'une des causes des pleurésies purulentes qu'on observe soit après, soit sans intervention.

Les épanchements retardés que nous a signalés Lejars me semblent être une indication absolue à l'intervention.

Mais il faut s'élever contre la tendance de certains jeunes chirurgiens à ériger la thoracotomie en une opération exploratrice comparable à la laparotomie.

Asepsie de la peau par la teinture d'iode. — M. *Walther.* — Je vous ai déjà présenté des coupes de la peau montrant la pénétration de la teinture d'iode dans la peau. Au point de vue clinique, dans tous les cas où j'ai employé la teinture d'iode pour des laparotomies, j'ai obtenu d'excellents résultats.

Les cultures faites avec la peau ainsi aseptisée n'ont pas donné de résultats dans le plus grand nombre des cas.

L'examen des coupes montre qu'après lavage la teinture d'iode pénètre beaucoup moins bien que sans lavage dans les glandes de la peau et les follicules pileux.

Le diagnostic du kyste hydatique par la réaction de fixation du complément, de MM. Parvu et Laubry. — M. *Lejars.* — J'ai fait appliquer cette réaction dans 5 cas avec des résultats excellents. Elle repose sur la théorie des anticorps et sur les principes qui ont servi de base à la réaction de Wassermann pour la syphilis. Il se développe, chez les sujets atteints d'infection, des anticorps contenus dans le sérum. Si donc on constate la présence, dans le sang du malade qu'on suppose porteur d'un kyste hydatique, de ces anticorps spéciaux, c'est que le malade est atteint de kyste hydatique.

Lorsqu'on réunit dans un tube du sérum hémolytique, des globules sanguins de mouton et l'alexine, il se produit une hémolyse.

Si on prend d'autre part un anticorps, plus une antigène spécifique, plus une alexine, on obtient une réaction spéciale de combinaison de l'alexine ou complément.

On prend donc de l'antigène hydatique, on y ajoute du sérum du malade et de l'alexine fraîche. Si la réaction se produit, l'alexine se combine et si on verse alors ce tube dans un second contenant du sérum hémolytique et des globules sanguins, l'hémolyse ne se produit plus.

Dans un cas, chez une jeune femme de bon état général portant une tumeur hydatique qui paraissait être un kyste hydatique et où l'éosinophilie était très peu marquée, la réaction faite par M. Parvu fut négative. C'était en effet une syphilis du foie.

Dans un autre cas, où on avait également pensé à un kyste hydatique dans les premiers examens, et où la tumeur avait singulièrement diminué après un certain temps de repos, la réaction fut positive et on trouva en effet un kyste hydatique.

Le 3e cas ne put être vérifié, car la malade ne voulut point être opérée.

Dans le 4e, malade du service de M. Mathieu, on avait constaté un très gros foie bosselé et on pensait à des kystes hydatiques multiples. Cependant le diagnostic était hésitant. La réaction fut encore positive et juste.

Dans le 5e encore, la réaction fut absolument nette. Dans tous les cas où il s'agissait réellement de kyste, cette réaction fut caractéristique.

M. *Delbet.* — Cette réaction de la fixation du complément est très générale et appelée, je crois, à donner des résultats très importants. Les réactions sont très nettes. Les anticorps sont absolument spécifiques.

M. *Tuffier.* — Je suis absolument de cet avis. Cette réaction de la fixation du complément est bien plus nettement spécifique que l'éosinophilie par exemple.

M. *Routier.* — Cette méthode a été également employée dans mon service et avec un parfait succès.

M. *Faure.* — Dans un cas où la réaction était négative et où je croyais à un kyste hydatique, je trouvai en effet une vésicule biliaire et non un kyste.

Présentation de malades. — M. *Tuffier* présente un malade auquel il a fait il y a 4 ans une thoracotomie simple contre des bronchectasies et qui depuis a une vie normale.

M. *Guinard* présente un jeune garçon de 16 ans, très peu développé, qui, depuis l'âge de 2 ans, présentait des vomissements très fréquents et des crises de tétanie. Son état était très grave. Ce malade avait une sténose pylorique. A l'opération on trouva tout l'intestin grêle à droite du côlon ascendant, dans la fosse iliaque droite. En outre le côlon était énorme, très long et très dilaté. Il a suffi de tout remettre en place pour amener la guérison de ce malade.

Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALES

Séance du 25 mars 1909.

La correspondance comprend des lettres de MM. Huchard et Bonnefoy, qui tous deux reconnaissent les bons effets des courants de haute fréquence, mais s'élèvent contre les exagérations de la Presse politique au sujet du traitement de l'artério-sclérose.

M. le prof. agrégé *Zimmern* présente un rapport très documenté sur la Fulguration, dont il est un partisan convaincu. Bien qu'il ne soit pas absolument d'accord avec de Keating-Hart sur de légers détails de technique, il estime que les auteurs, en particulier allemands, qui ne sont que médiocrement satisfaits de la méthode, ont employé un manuel opératoire défectueux dont elle ne saurait être rendue responsable.

Après un historique impartial des tentatives électriques contre le cancer, il expose que, pour lui, le grand avantage du nouveau procédé est la production formidable de tissus fibreux qui englobe les tissus néoplasiques échappés au bistouri et à l'étincelle.

Les résultats sont extrêmement brillants dans les cancers de la face ; pour les muqueuses, ils sont parfois brillants mais moins constamment que pour la face. Pour le vagin, l'utérus, le rectum, les résultats définitifs sont variables ; mais là encore il faut employer la fulguration qui supprime les symptômes et en particulier la douleur. Beaucoup de cas inopérables deviennent opérables grâce à la fulguration, mais les néoplasmes opérables devraient, eux aussi, y être soumis.

La fulguration est et doit être un auxiliaire puissant de la chirurgie, surtout en ce qui concerne la cicatrisation. Le chirurgien doit enlever le cancer aussi largement que possible ; s'il ne reste rien, l'électricien donnera une cicatrisation rapide et solide qui comblera les pertes de substances d'une façon inespérée ; si on n'a pu enlever tout le néoplasme, la production de tissu conjonctif sous l'influence de l'étincelle transforme les restes du néoplasme floride en un néoplasme torpide et indolore ; aussi peut-on augmenter considérablement les limites des indications de la chirurgie. La fulguration bien faite ne semble capable d'ajouter aucun risque à ceux inhérents à l'acte chirurgical. Aussi, faut-il féliciter M. de Keating-Hart d'avoir, par sa persévérance, imposé à l'attention des chirurgiens un procédé aussi utile.

M. Desplats, dont l'expérience porte actuellement sur plus de 100 cas, a déjà dit que la fulguration élargit le domaine de la chirurgie ; mais il croit maintenant pouvoir ajouter que la fulguration recule les récidives : sur 11 cas très graves déclarés inopérables et pour la plupart déjà récidivés, 5 sont en bonne santé au bout de périodes variant de 12 à 16 mois ; 3 ont, au bout de 10 à 15 mois des récidives facilement détruites par nouvelle fulguration ; les 3 autres ont récidivé entre 8 et 12 mois, mais n'ont pas voulu subir à nouveau la fulguration. Il fait remarquer qu'on ne peut comparer cette série avec les statistiques chirurgicales, car il s'agit de cas inopérables.

Le Dr *Malmejac* a observé, dans le service du Dr Guinard, à l'Hôtel-Dieu, 7 cas de cancer traités suivant la méthode de de Keating-Hart : (1 cancer de la joue, 1 sarcome du fémur, 4 cancers du sein, dont 2 propagés aux deux seins, 1 cancer de l'utérus plus une astragalectomie bacillaire). Dans aucun de ces cas ne s'est produite la lymphorrée avec élévation de température. Cette lymphorrée, quand elle existe, paraît donc bien être le résultat d'une cause étrangère.

M. *Albert-Weil* insiste sur l'évolution de la fulguration qui était considérée, autrefois surtout, comme destructive et l'est, actuellement, surtout comme cicatrisante. Il en conclut qu'il y a lieu, le plus souvent, de modifier la forme de l'étincelle.

M. *Oudin* présente un manche nouveau pour porter l'électrode à fulguration évitant la production d'étincelles sur les mains de l'opérateur, un manchon de quartzite pour cette même électrode, cette substance peut être facilement désinfectée et supporte sans être endommagée les variations les plus brusques de température. Il présente enfin des électrodes en métaux divers, étudie en effet le rôle de la projection, par l'étincelle, de particules métalliques dans les tissus et croit en particulier qu'il faut essayer le zinc amalgamé qui laisse entraîner dans l'épaisseur des lésions des particules de mercure.

Après une très longue discussion à laquelle ont pris part, outre les orateurs précédents, MM. Belot, Durand, etc., la séance s'est terminée par une présentation de divers appareils de la maison Gaiffe : appareils de puissance considérable pour installations fixes, sur courant continu ou alternatif, appareils transportables, souffleries, etc.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE DE PARIS

Séance du 12 mars 1909

Discussion sur le massage plastique dans les dermatoses de la face (1). — ***M. Lucien Jacquet***, médecin des hôpitaux, dans le service duquel ont été faites les expériences de massage de la face assiste à la séance. Plusieurs membres de la Société lui ont attribué, sur les effets mécaniques du massage, des idées qui ne sont pas les siennes. Loin de méconnaître les effets réflexes du traitement manuel, il en a toujours été un chaud partisan. Son interprétation des érythroses et dermatoses faciales par irritation due au *surtravail gastrique* n'a rencontré au début que des adversaires. Il admet également que l'excitation thérapeutique due au massage agit à distance aussi bien sur les phénomènes congestifs que sur les lésions causées par une diminution de vitalité des tissus (rhume des foins, congestions oculo-nasales, pelade, alopécie).

Il n'y a donc aucune divergence entre les idées de ***M. Stapfer*** (effets réflexes du massage gynécologique) et les siennes (effets reflexes du massage plastique).

M. Rosenblith est partisan du massage dans les affections dermatologiques, mais n'emploie que des manœuvres très douces auxquelles ***M. L. Jacquet*** reconnaît une efficacité moindre.

M. Stapfer est heureux de voir ses idées sur les effets réflexes du massage partagées par ***M. L. Jacquet***. Les ecchymoses qu'il observe au début de ses traitements, on les constate également dans les premiers jours de massage dans les panniculites ; aussi peut-on se demander si les malades de ***M. L. Jacquet*** ne présentaient pas cet œdème du tissu cellulaire que les Suédois nomment cellulite.

M. Wetterwald a constaté fréquemment la cellulite ou panniculite de la face, et a obtenu en la traitant la disparition de lésions de voisinage telles que kératite phlycténulaire.

M. L. Jacquet répond à une autre critique qu'on lui a adressée concernant la présence dans son service d'élèves-masseurs non médecins. Il a utilisé et utilise encore des empiriques, parce que les étudiants en médecine ne lui offrent pas leurs services, et du reste, il croit impossible de refuser l'entrée de ses salles à qui veut y pénétrer.

M. Kouindjy envisage cette question au point de vue scientifique, et il est d'avis qu'il est funeste de donner à des empiriques l'illusion de la science, quand il est évident que le traitement des dermatoses n'est pas seulement une question de massage, mais de diagnostic d'abord, et de régime, et d'un ensemble de prescriptions qui sont du domaine médical.

M. M. Faure se place sur le terrain légal. Le massage thérapeutique est interdit en France. Beaucoup de médecins, et non des moindres, favorisent l'exercice illégal de la médecine en envoyant leurs malades à des empiriques, sans compter qu'ils ne tiennent aucun compte de la solidarité médicale. Il est à espérer que, comme le domaine chirurgical, le domaine massothérapique, finira par appartenir aux médecins, seuls compétents.

M. Bouissac (de Marseille), loin de croire que le domaine des charlatans se rétrécisse, croit plutôt qu'il augmente de jour en jour. A Marseille, la réclame s'étale dans plusieurs journaux, et fait appel aux plus bas instincts.

M. Dagron est partisan du massage énergique, pour vider les pustules d'acné, mais il le fait suivre d'un massage très doux décongestionnant.

M. L. Jacquet invite ceux qui ne partagent pas ses opinions à venir expérimenter leurs procédés dans son service où il mettra des malades à leur disposition.

Traitement de la constipation sous forme de douches d'air chaud avec association de massage. — ***M. Dausset*** donne lecture d'un travail sur cette question avec observations cliniques à l'appui (paraîtra dans la *Revue de Cinésie*).

Candidatures des Docteurs Hofmann-Baug (Paris) et Michaud (Lamalou).

La date de la prochaine séance est fixée au 13 avril.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 mars 1909. — Présidence de M. Buret, président.

L'emploi de l'ultramicroscope en clinique, principalement dans le diagnostic de la syphilis. — MM. ***Gastou*** et ***Comandon***. — L'ultra-microscope est un système optique basé sur la propriété qu'ont les particules microscopiques de devenir lumineuses et brillantes lorsqu'elles sont éclairées par réflexion. De sorte que dans l'ultra-microscope, les particules sont vues brillantes sur un fond noir, à l'inverse de ce qui existe dans le microscope ordinaire ou les particules sont vues noires sur un fond clair.

Après avoir montré l'appareil et décrit la technique, les auteurs présentent une série de planches et des malades chez qui le diagnostic délicat n'a pu être obtenu que grâce à ce nouveau procédé.

(1) Communication du Dr Raoul Leroy, séance du 12 février 1909.

La recherche du spirochaete, grâce à l'ultra-microscope, apporte à la clinique un appui considérable non seulement pour le diagnostic, mais pour la prophylaxie. Cependant il est utile de savoir que la recherche du spirochaete peut être infructueuse si le sujet a suivi déjà un traitement mercuriel.

M. *Georges Rosenthal* demande s'il est possible de distinguer les différentes sortes de microbes avec l'ultra-microscope.

Radiothérapie des angiomes et des nævi plans. — M. *Albert Weil* a traité par la radiothérapie 15 cas d'angiomes ou de nævi appelés vulgairement taches de vin. Il en présente 5 qui démontrent l'efficacité de sa méthode et ses bons résultats esthétiques.

La radiothérapie est d'ailleurs facile à appliquer, même chez les enfants, et tout le traitement ne nécessite le plus souvent que 7 à 8 séances de 10 minutes permettant à chaque fois l'absorption de 5 unités H.

Antisepsie gastro-intestinale par le zymphène. — MM. *E. Fiquet* et *A. Girauld* présentent de nouvelles observations sur le zymphène, dérivé de l'acide cinnamique. C'est un antiseptique très énergique à petites doses vis-à-vis de la plupart des microbes pathogènes.

Il est supérieur à ceux qui sont connus et il n'est pas toxique, même à dose très élevée. Au contraire, il est doué d'un pouvoir excréto-sécrétoire des glandes de l'économie. Il convient aux malades dyspeptiques et hypochlorhydriques. Les auteurs émettent une théorie qui explique comment un composé chimique peut être inoffensif à dose élevée et en même temps un microbicide énergique à petite dose.

Corps étrangers enlevés par œsophagoscopie. — M. *Guisez* présente 18 corps étrangers enlevés par l'œsophagoscopie (os, arêtes, pièces de monnaie, boutons de corozo) parmi lesquels cinq volumineux dentiers. Grâce à un perfectionnement instrumental, à l'emploi de tubes dilatateurs dont l'extrémité peut s'ouvrir et protéger les parois de l'œsophage au moment de l'extraction, les interventions ont été invariablement suivies de succès dans ces deux dernières années.

Un nouvel antispamodique, principalement pour la coqueluche. — M. *Maurice Bloch* communique les résultats qu'il a obtenus dans la coqueluche normale avec le sérum antitétanique. Ce même sérum, d'après l'auteur, inoculé aux animaux, rend leur lait efficace également contre la coqueluche. Le lait garde son action thérapeutique pendant 3 à 4 semaines.

Nouvelle seringue pour toutes injections mercurielles insolubles. — M. *Lafay* insiste sur la nécessité de l'emploi d'une seringue spéciale pour les injections mercurielles insolubles, et présente un modèle qui répond à tous les desiderata de la technique et aux exigences du nouveau Codex. Cette seringue constitue un perfectionnement de la seringue de Barthélemy par ce fait qu'elle peut être bouillie sans inconvénient aussi souvent qu'on le désire.

M. *Paul Guillon* rappelle que le nettoyage sérieux des aiguilles est indispensable pour éviter les accidents ; il conseille un dispositif simple pour faire passer un courant d'air dans la lumière des aiguilles.

La neurasthénie vraie. Pathogénie et traitement. — M. *Godlewski* établit les caractères de la neurasthénie vraie pour la différencier d'autres états névropathiques avec lesquelles elle est souvent confondue. Pour lui, la neurasthénie vraie, greffée sur l'arthritisme, qui est lui-même un commencement d'intoxication, est toujours due à une intoxication complémentaire, produite soit par la fatigue physique, intellectuelle, surtout morale, ou par des maladies antérieures de nature infectieuse. Cette intoxication amène des troubles nutritifs des cellules. De là, un traitement rationnel basé sur la désintoxication et la reconstitution des cellules. La psychothérapie : persuasion, rééducation de la volonté, ne peut être que le complément et non la base du traitement.

M. *E. Depasse* affirme que la neurasthénie n'existe pas, c'est toujours une intoxication.

ANALYSES

Traitement de l'hématocèle après grossesse ectopique ; par Oscar Herbert. (*Zeitsch. für Geburtsh und. Gyn.*, Bd. 63, H. 3.)

Une fois établi le diagnostic d'une grossesse ectopique, il faut opérer et ne pas attendre la formation et la résorption ultérieure d'une hématocèle. Car même après l'extirpation d'une hématocèle, la malade encourt des dangers qui peuvent être mortels, soit du fait d'hémorragies répétées, soit par l'infection. C.

Pour prévenir les embolies gazeuses en obstétrique ; par le prof. Heubner. (*Therap. Monatsh.*, Dez. 1908.)

La pression négative et les circonstances qui maintiennent les vaisseaux ouverts favorisent l'entrée de l'air. L'embolie gazeuse a lieu le plus souvent dans le placenta prævia. Il faut donc empêcher cette entrée de l'air dans la cavité utérine, de même que toute pression négative dans le système veineux de la cavité abdominale.

La situation à donner à la parturiente est très importante : le haut du corps doit être surélevé. C.

Le bain chaud ; par le prof. E. Bælz, Stuttgart-Tokio. (*Monatsch. sels f. d. Phys.-diæt. Heilmet.*, janvier 1909, p. 17.)

On nomme bains chauds ceux dont la température est supérieure à celle du corps, c'est-à-dire au-dessus de 37°.

Physiologiquement, action différente suivant température et durée. On ne l'obtient pleinement qu'à 40° et au-dessus, et avec une durée progressive de 10 à 30 minutes. Au Japon, plus de 500.000 personnes se baignent chaque jour dans de l'eau à 42-45°, et la plupart des Européens s'y habituent, même en été.

Dans un bain très chaud, au-dessus de 42°, la première sensation est celle d'un bain froid : pâleur de la peau, chair de poule, pouls réduit, respiration id. ; après quoi survient la sensation de chaleur. La chaleur du sang monte vite de 37° à 40° 7 ; le pouls bat 100, 110, 120 ; 20-30 mouvements respiratoires par minute. Après le bain et suivant la température la peau est pendant 3-10 minutes absolument scarlatineuse. Il y a sudation très forte, mais agréable. La chaleur du sang descend à la normale après 1/2-1 heure ; le pouls descend passagèrement.

Mode d'emploi. — Le local du bain doit être très ventilé pour que la tête soit toujours dans l'air frais, autrement survient vite de l'oppression. Ne pas appliquer dès le début des compresses froides sur la tête ; plus un bain est chaud, plus il est nécessaire de faire sur la tête des ablutions chaudes ; car ce qui est à craindre, c'est l'anémie et non l'hyperhémie du cerveau.

Indications. — Etats inflammatoires aigus, rhumatismes, goutte, syphilis, scrofulose, croup, faux croup, emphysème, bronchite capillaire, broncho-pneumonie, néphrite aiguë :

Contre-indications : maladies du cœur, athérome, excitabilité nerveuse, affections nerveuses organiques, états febriles, tuberculose, diabète. C.

Les états d'angoisse nerveuse et leur traitement ; par W. Stekel. (*Libr. Urban et Schwarzenberg*, Berlin-Vienne, 1908.)

En présentant son livre au public, l'auteur tient à déclarer tout d'abord qu'il écrit un livre tiré de la pratique et destiné à des praticiens ; il doit d'une façon claire, brève et précise décrire le mode de production de ces états d'angoisse et leur traitement ; il doit nous apprendre la puissance de la force psychique ; il doit montrer la puissance de ce qui fait la base de la science médicale : la psychothérapie. Un bon médecin doit être un bon psychologue, un bon connaisseur d'hommes.

L'angoisse, ce sentiment de malaise, doit d'abord être nettement différenciée de la peur. La peur s'adresse à un objet précis, déterminé ; l'angoisse à un objet vague, indéterminé, inconnu : l'angoisse est la peur névrosique de la peur.

Partisan de la conception de Freud, Stekel sépare nettement les névroses d'angoisse des autres névroses et leur reconnaît une origine sexuelle. Il étudie longuement et minutieusement, par des exemples, les relations entre la sexualité et l'angoisse.

Toute la première partie de l'ouvrage est consacrée à la partie clinique : Description de la crise d'angoisse ; phénomènes car-

diaques (angoisse précardiaque, pseudo-angine de poitrine, ralentissement et amélioration du pouls, irrégularités du cœur) : l'auteur insiste sur ce fait que la constatation d'une affection cardiaque organique ne suffit pas pour éliminer le diagnostic d'angoisse nerveuse cardiaque. Puis il étudie les phénomènes thoraciques (cures d'asthme, dyspnée, soupirs, oppressions, sentiment de compression) ; les troubles digestifs (crises de diarrhée de vomissement, douleurs gastriques, boulimies) ; sensations de congestion, faiblesses, vertiges, tremblements, secousses ; les paresthésies ; les troubles vaso-moteurs, les cures paroxystiques de diarrhée, d'arythmie ; les crampes musculaires ; l'insomnie.

Chez l'enfant la névrose d'angoisse se manifeste sous forme de terreurs nocturnes, de cauchemars, de vision de feu, de couteau, d'hommes noirs, d'animaux féroces, du diable. Chez l'enfant aussi, c'est à une cause sexuelle qu'il faut rapporter les phénomènes d'angoisse, et l'influence de cette cause peut se faire sentir pendant toute la vie.

Dans la seconde partie de l'ouvrage est étudiée l'hystérie angoissante. Après quelques exemples simples d'angoisse hystérique, Stekel étudie successivement : les obsessions, les phobies, l'érythrophobie, les névroses traumatiques, la névrose de chemin de fer, l'angoisse d'examen, l'impotence psychique, le vertige, l'angoisse de la montagne l'angoisse de se précipiter d'un lieu élevé, le bégaiement, le trac, l'angoisse professionnelle, l'hypochondrie ; à la fin de ce chapitre, l'auteur nous mène aux frontières de la psychose en analysant deux cas de mélancolie.

La troisième partie est consacrée à l'étude d'ensemble du diagnostic et du traitement, en particulier de la psychothérapie.

L'intérêt de cet ouvrage réside tout particulièrement dans le très grand nombre d'observations qui l'illustrent. Chaque chapitre, chaque symptôme est étudié sur de nombreux faits que l'auteur donne avec tous les détails nécessaires. A propos de ces cas, il se livre à une analyse psychologique minutieuse. Il s'efforce chaque fois de rechercher et de mettre en lumière la cause sexuelle, point de départ de la maladie. Si parfois cette analyse méticuleuse semble un peu spécieuse, il faut reconnaître qu'elle est vraiment impressionnante et digne d'attirer fortement l'attention. MIRALLIÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de la peau et du cuir chevelu ; par le Dr BODIN, prof. à l'Ecole de médecine de Rennes (1 vol. in-16, de 187 p. Chez Ch. Delagrave. Paris 1909.)

Excellent petit ouvrage de vulgarisation que vient de publier, l'excellent collaborateur du *Progrès Médical* pour la « *Collection d'hygiène pratique et familiale* ». Après des notions succinctes sur l'anatomie et la physiologie de la peau, l'auteur donne un aperçu sur l'étiologie des dermatoses (entités morbides vraies, d. artificielles, d. parasitaires), sur la prédisposition individuelle et sur les réactions-cutanées proprement dites. Puis, et c'est logiquement et pratiquement la meilleure part, viennent les « *soins à prendre pour entretenir la peau dans son état normal* et « la *prophylaxie des maladies cutanées* ». Que de renseignements trop peu répandus, au sujet de l'emploi et du choix du savon, de la température de l'eau de toilette, du tub, des bains de toilette, et des soins particuliers pour les mains, les pieds, etc. ! Le Dr BODIN donne en passant le traitement de la sueur abondante des mains, des pieds, des aisselles : lotions astringentes (acide salicylique, alun, permang. de pot., ainsi que l'acide chromique en solution, mais avec prudence, s'il y a fétidité marquée de la sueur. Le formol est à employer en badigeonnage ou lotion, sous la formule suivante : ·

Formol du commerce.................	5 gr.
Eau de Cologne........................	250 gr.

Toutes les personnes à peau sensible, les femmes en particulier, voudront savoir que les savonnages trop répétés du visage peuvent faire naître des dartres. C'est de la pratique quotidienne que de connaître des soins de la bouche, du nez, de la barbe, des cheveux ; et les mères sauront gré à M. BODIN de les instruire sur l'hygiène cutanée du nouveau-né et de l'enfant.

Comme l'hygiène de la peau conduit à celle des vêtements, l'auteur n'a pas manqué de rappeler à la perméabilité ainsi qu'à la propreté du linge et aux conditions rationnelles que devraient présenter leurs chaussures.

Enfin, et après avoir exposé l'utilité du bon fonctionnement de tous les organes comme mesure prophylaxique contre les dermatoses, M. BODIN donne un excellent formulaire où l'on trouve de bonnes recettes contre les gerçures, le coup de soleil, le furoncle, les engelures, l'herpès, les pellicules, les rides, etc. Nos sincères compliments à l'auteur pour ce bon petit livre d'instruction publique, et nous ne doutons pas du succès de cette publication. C.

La syphilis et les maladies vénériennes, par le Dr Ernst FINGER, professeur à l'Université de Vienne. Troisième édition française, traduite d'après la 6e édition allemande avec notes, par MM. P. SPILLMANN, M. DOYON et L. SPILLMANN. 1 fort vol. grand in-8° avec 8 planches en chromolithographie hors texte : 12 francs. (Félix Alcan, éditeur).

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorrhagie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur compétence bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité.

Cette nouvelle édition est mise au courant des derniers progrès de la science et contient, entre autres ajoutés, un chapitre nouveau consacré à l'étude d'une quatrième maladie vénérienne : la balanite érosive et gangréneuse.

Elle obtiendra, sans aucun doute, le même succès que les précédentes. G. M.

L'Année électrique; par FOVEAU DE COURMELLES, vol. in-12 de 336 pages. (Béranger, éditeur.)

La neuvième *Année Electrique* est à la hauteur de ses huit précurseurs si appréciés. La *reproduction à distance des signaux et images*, la *télégraphie* et la *téléphonie sans fils* ont fait des progrès nouveaux et considérables que nous y trouvons consignés. De nombreuses applications à l'agriculture y figurent. L'*électrocution* y est démontrée préférable à la guillotine.

En médecine, les *ions*, la *haute fréquence*, sous forme de *d'Arsonvalisation* ou de *fulguration*, le *radium*, ont continué d'occuper l'opinion publique, mais il s'agit là simplement de données anciennes qui s'y précisent et s'étendent. Les cures des cancers externes, les améliorations des cancers profonds sont, sans être nouvelles, de plus en plus nombreuses et connues, ce qui permet la vulgarisation de ces méthodes, relativement nouvelles, et dont l'auteur fut assez souvent le précurseur, l'innovateur et le protagoniste.

Les rayons X, aux nombreux accidents par ceux qui les manient mal, montrent aussi quel emploi judicieux et puissant il en peut être fait en thérapeutique.

Les autres chapitres du *chauffage*, de la *lumière*, de *l'électro-chimie*, de la *traction*, de *l'électricité atmosphérique*, de la *sécurité électrique* sont aussi des plus complets et des plus clairs, résumant tous les importants progrès réalisés dans ces branches électriques.

Enfin la *Nécrologie* avec Lassar, Hoffa, Mascart, Becquerel, la *Jurisprudence* et les *Expositions* terminent cet important ouvrage.

Comme les précédents, ce livre est nécessaire aux techniciens pour qui il résume et rappelle l'année écoulée, aux médecins qui y trouvent les indications nouvelles dont ils ont besoin et au grand public qui peut ainsi sans effort se tenir au courant des progrès électriques. On reconnaît dans l'*Année électrique* cet érudit scientifique, ce travailleur infatigable qu'est le Dr F. de Courmelles. C.

FORMULAIRE OFFICINAL

Nouveau Codex.

VII. — Eau phéniquée.

Phénol aqueux........... vingt-deux grammes. 22
Eau distillée. neuf cent soixante-dix-huit grammes. 978

Faites dissoudre le phénol dans l'eau et conservez dans un flacon bouché.

L'eau phénolée renferme 2 pour 100 de phénol. (Convention internationale).

VIII. — Soluté de quinine (chlorhydrate basique) pour injection hypodermique.

Chlorhydrate basique de quinine......... trois grammes. 3
Antipyrine............................ deux grammes. 2
Eau distillée bouillie et refroidie.......... Q. S.
Pour obtenir 10 centimètres cubes de soluté.

Triturez à froid, dans un mortier de verre, le chlorhydrate basique de quinine et l'antipyrine avec l'eau distillée (environ 6 grammes) ; après dissolution, filtrez et stérilisez.

Un centimètre cube de ce soluté renferme *trente centigrammes* de chlorhydrate basique de quinine

IX. — Solution officinale d'hypochlorite de soude, liqueur de Labarraque

Chlorure de chaux sec officinal.......... cent grammes. 100
Carbonate neutre de sodium cristallisé officinal...................... deux cents grammes. 200
Eau distillée........ quatre mille cinq cents grammes. 4.500

Caractères. — Le liquide ainsi obtenu possède une faible odeur de chlore ; il retient un petit excès de carbonate alcalin qui contribuera à assurer la conservation. Traité par l'acide chlorhydrique, il fournit deux fois son volume de chlorure actif, c'est-à-dire 6,34 grammes de chlore libre par litre.

Conservation. — Le chlorure de soude dissous doit être conservé dans des flacons bien bouchés, que vous placerez en un lieu frais.

X. — Soluté de chlorure de sodium et de sulfate de sodium pour injection intraveineuse

Chlorure de sodium officinal............ cinq grammes 5
Sulfate de sodium officinal.............. dix grammes. 10
Eau distillée....... neuf cent quatre-vingt-cinq grammes. 985
Dissolvez à froid ; filtrez. Stérilisez.

XI. — Soluté de cocaïne (chlorhydrate) pour injection hypodermique.

Chlorhydrate de cocaïne cristallisé, cinquante centigr.... 0 5
Eau distillée bouillie et refroidie................Q. S.
Pour obtenir 50 centimètres cubes de soluté.

Triturez à froid dans un mortier de verre. jusqu'à dissolution le chlorhydrate de cocaïne et l'eau distillée. Filtrez et stérilisez

Un centimètre cube de ce soluté renferme *un centigramme* de chlorhydrate de cocaïne.

Le soluté de chlorhydrate de cocaïne doit être incolore.

Faculté de Médecine de Paris

du 19 *au* 24 *avril* 1909.

EXAMENS DE DOCTORAT.

Lundi 19 *avril*, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Roger et Legry ; (2e série) : MM. Blanchard, Desgrez et Lœper. 1er (oral, 1re série) : MM. Brissaud, Rieffel et Proust ; (2e série) : MM. Hartmann, Branca et Mulon ; (3e série) ; MM. Retterer, Gosset et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; (2e partie) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi, 20 *avril*, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Ballet, Brumpt et Nicloux.— 1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Thiéry ; (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin.—4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Ricard et Marion ; (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget, et Jeanselme ; — M. Carnot, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar. Demelin et Brindeau ; — M. Desgrez, suppléant.

Mercredi 21 *avril*, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Rieffel et Pierre Duval. — (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Gautier, Roger et Legry ; (2e série) : MM. Gaucher, Desgrez et Lœper.—1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Macaigne et Mulon ; (2e série) : MM. Retterer, Gosset et Branca. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Sicard et André Jousset ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 22 *avril*, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique ; MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.— 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique ; MM. Desgrez, Fernand Bezançon et Brumpt. — 1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Marion ; (2e série) : MM. Quénu, Launois, et Lenormant. — 2e : MM. Rémy, Langlois et André Broca. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget ; — 4e : MM. Chantemesse, Richaud et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 *avril* 1909 *à une heure.* — M. MACÉ DE LÉPINAY. Etude sur les crampes professionnelles. (MM. Brissaud, président ; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. AMAGAT. Contribution à l'étude de la tarsoptose. (MM. Reclus, président ; Brissaud, Segond et Marcel Labbé.) — M GÉRARD. Des fibromes de la paroi et de leur nature histopathologique. (MM. Segond, président ; Brissaud, Reclus et Marcel Labbé.)

Jeudi 22 *avril, à une heure.* — M. SALMON. Le portefeuille d'Achille de Harlay. (MM. Debove, président ; Gilbert Ballet, Chauffard et Jeanselme.) — M. CARLE. Essai sur quelques points de criminologie. (MM. Gilbert Ballet, président ; Debove, Chauffard et Jeanselme). — M. DAUFRESNE. Epidaure. Les prêtres, les guérisons. (MM. Chauffard, président ; Debove, Gilbert Ballet et Jeanselme.)

Assistance publique de Paris

Concours de médecin des hôpitaux. — Le concours d'admissibilité aux concours de nomination de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination comme admissibles de MM. les Drs Ribierre, Camus, Balthazard, Deguy, Merklen, Armand-Delille, Lemierre, Froin. Rostaine et Bensaude.

Ces candidats, ainsi que les 10 candidats possédant déjà deux admissibilités antérieures, : MM. les Drs Kahn, Hallé, Coyon, Clerc, Lœper, Comte, Sainton, Decloux, Lortat-Jacob et Rathery, sont admis à prendre part au concours pour la nomination à 3 places de médecin des hôpitaux qui s'ouvrira le jeudi 22 avril 1909, à 4 heures 1/2 à la Charité.

Concours d'accoucheurs des hôpitaux. — ÉPREUVE ORALE. — *Vendredi* 26 *mars.* — Question posée : *De l'ostéomalacie gravidique* (le candidat ne devra pas traiter de l'accouchement). — MM. Guéniot 16, Theuveny 14, Devraigne 14.

ÉPREUVE OPÉRATOIRE. — *Vendredi* 26 *mars.* — Questions posées : *Ligature de la tibiale postérieure au niveau du mollet ; Désarticulation du coude.* — MM. Guéniot 18, Jeannin 16, Lequeux 14, Schwaab 15, Theuveny 14, Devraigne 18, Le Lorier 19, Cathala 17.

A la suite de cette épreuve ces huit candidats sont déclarés admissibles dans l'ordre suivant :

MM. Jeannin 75, Cathala 73, Schwaab 71, Le Lorier 70, Guéniot 67, Lequeux 65, Devraigne 64, Theuveny 59.

La prochaine séance est fixée au mardi 20 avril, à 4 heures 1/2, à l'hôpital Cochin.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — LECTURE. — *Mercredi* 24 *mars.* — MM. Iselin 22, Mercadé 24, Cauchoix 26, Schwartz 26.

Vendredi 26 *mars.* — MM. Descomps 26, Gasne 22, Chevassu 29, Grégoire 22.

Lundi 29 *mars.* — MM. Alglave 24, Chifolian 27, Lardennois 22, Okinczyc 22.

Concours de l'internat en médecine. — Oral. — *Jeudi 25 mars.* — Questions posées : *Artère fémorale, trajet et rapports (sans les branches)* ; *zona intercostal.* — MM. Tissier 12, Mondor 18, Lévy (G.) 10, Baufle 19, de Cumont 13, Mignot 13, Aine 14, Mutel 15, Pellot 15.

Absent. — M Léger.

Vendredi 26 mars. — Questions posées : *Anatomie des ligaments de l'articulation de la hanche ; symptômes et évolution de la coxalgie tuberculeuse.* — MM. Maillet 15, Philbert 14, Salès 10, Beck 6, Thibaut (David) 15, Fouchet 14, Liébault 16, Séguinot 13, Bith 14, Brac 14.

Lundi 29 mars. — Questions posées : *Muscles péroniers latéraux et leurs nerfs (anatomie sans physiologie) ; signes de la grossesse normale dans les 3 derniers mois.* — MM. Mairesse 10, Carrié 12, Samson 15, Mlle Neveux 18, MM. Baumgartner 13, Boivin 12, Prélat 15, de Berne-Lagarde 13, May 16, Malarte 13.

Absents. — MM. Bénazet et Desnoues.

Lundi 29 mars (2e séance).—Questions posées : *Trajet et rapports de l'artère axillaire (sans les branches) ; pleurésie diaphragmatique.* — MM. Renault (Ch.) 10, Fabre 15, Corpechot 13, Desbouis 14, Finot 9, Bloch (André) 13, Gauchery 13, Brocq 13, Pruvost (Pierre) 14, Séjournet 15.

Absent. — M. Madre.

Enseignement libre.

A. — **Physiothérapie** (Cours de vacances). — Le cours de physiothérapie organisé par MM. Albert Weil, Cautru, Degrais, Desfosses, Dominici, Durey, Kruger, Leroy, Pariset et Wetterwald aura lieu du 15 avril au 8 mai, à l'*Ecole des Hautes Etudes Sociales*, 16, *rue de la Sorbonne*, et dans divers hôpitaux ou cliniques. Ce cours est divisé en deux séries de 20 leçons : la 1re série comprend l'électro, la radio, la radium, la photo et l'hydrothérapie ; la 2e comprend le massage des diverses régions (membres, viscères, face, etc.) la kinésithérapie gynécologique, la rééducation motrice, la gymnastique, la mécanothérapie et la méthode de Bier. Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ou chez le Dr Durey, 16 rue de Logelbach.

Les cours de la série A ont lieu à 6 heures, ceux de la série B à 5 heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au au moins pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours de l'autre série. Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries d'avril 1909 sont invités à six conférences sur la physiothérapie de la tuberculose faites par MM. Bardet, Gottschalk, Martinet, Rosenthal, Sandoz et Schlemmer. A la fin du cours les élèves qui se feront inscrire à cet effet seront conduits à Vichy pendant deux jours pour y visiter les installations physiothérapiques modèles de la Compagnie fermière et être initiés à la clinique thermale. Grâce à la générosité de la Compagnie de Vichy, le prix de cette excursion (tous frais compris, voyage et frais de séjour) n'est que de 30 francs.

Division des cours. — *Série A* (six heures). — *Electrothérapie* (dix leçons, du 15 au 26 avril inclus). Dr Albert-Weil. (Deux de ces leçons seront faites à l'établissement d'électrothérapie, 21, rue d'Edimbourg). — *Hydrothérapie* (trois leçons, les 27, 28 et 29 avril). Dr Pariset. — *Radiumthérapie* (trois leçons, le 30 avril, les 1er et 3 mai), Dr Dominici. — *Photothérapie* (une leçon, le 4 mai, Dr Degrais. (Cette leçon sera faite au laboratoire de photothérapie de l'hôpital St-Louis — *Radiothérapie* (trois leçons, les 5, 6 et 7 mai), Dr Albert-Weil. (Une leçon sera faite à l'établissement d'électrothérapie, 21, rue d'Edimbourg).

Série B (cinq heures). — *Massage en général et massage des membres* (sept leçons, du 15 au 22 avril inclus, Dr Durey. —*Massage viscéral* (trois leçons, les 23, 24 et 26 avril). Dr Cautru. (Une de ces leçons sera faite dans le service du Dr Huchard, à l'hôpital Necker.) — *Massage de la face* (une leçon, le 27 avril), Dr Raoul Leroy. — *Kinésithérapie gynécologique* (deux leçons, les 28 et le 29 avril), Dr Wetterwald. — *Rééducation et gymnastique* (trois leçons, le 30 avril, les 1er et 3 mai) Dr Desfosses. (Une de ces leçons, sera faite rue de Rome, 47.) — *Mécanothérapie* (trois leçons, les 4, 5 ou 6 mai) Dr Kruger, (Deux de ces leçons seront faites à l'établissement de mécanothérapie, 21, rue d'Artois, 1 à heure 1/2). — *Méthode de Bier* (une leçon, le 7 mai). Dr Durey. (Cette leçon sera faite dans le service du Dr Tuffier, à l'hôpital Beaujon).

B.— *Conférences de physiothérapie générale* (tuberculose pulmonaire) — *Le 20 avril*, Les indications hydrologiques dans les diverses formes de tuberculose pulmonaire, Dr Schlemmer. *Le 21 avril*, Les indications climatiques dans la cure de la tuberculose pulmonaire, Dr Martinet. — *Le 24 avril*, L'alimentation des tuberculeux pulmonaires, Dr Gottschalk. — *Le 27 avril*, Les pratiques sérothérapiques et hydrothérapiques dans la cure de la tuberculose pulmonaire, Dr Sandoz. — *Le 29 avril*, La gymnastique respiratoire dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire, Dr Georges Rosenthal. — *Le 1er mai*. La direction générale du traitement de la tuberculose pulmonaire, Dr Bardet.

Cours d'électrologie et de radiologie médicales.— Le docteur Foveau de Courmelles reprendra son cours libre (17 année), sur l'*Electrophysiologie*, les *rayons X*, la *lumière*, le *radium*, les *radiations*, l'*air chaud* etc., en thérapeutique, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mercredi 21 *avril* 1909, à six heures du soir, le continuera les mercredis à la même heure.

Première leçon : Analogie des phénomènes électriques, nerveux et psychiques.

Psychopathologie du tube digestif. — M. le docteur Paul Farez reprendra à la Faculté de Médecine (Amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le jeudi 22 *avril*, à quatre heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif ; il le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure.

Traitement des fractures. — Le Dr Dupuy de Frenelle a commencé à la Faculté de médecine (Amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur le traitement des fractures, le mardi 23, à 4 heures, pour le continuer les mardis suivants.

Ecoles et Hôpitaux de Province.

Lyon.—*Faculté mixte de médecine et de pharmacie.*— M. le docteur Lépine, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. le professeur Pierret.

Bordeaux. — D'après le *Journal de médecine de Bordeaux* : MM. les médecins et MM. les étudiants en médecine de la Faculté de Bordeaux sont invités à assister, le lundi 29 mars, à huit heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Athénée municipal, à une confrence *contradictoire* sur la question : *Agrégation ou Privatdocentisme.*

M. le Dr Robert Sorel (de Dijon), membre du Conseil de vigilance du Congrès des praticiens, prendra le premier la parole.

Le *Progrès médical* donnera le compte-rendu de cette conférence dans le prochain numéro.

Montpellier. — *Prix Alphonse Jaumes.* — *L'Académie des sciences et lettres de Montpellier* informe le public qu'un prix d'une valeur égale au montant des deux années d'arrérages d'une somme de 30.000 francs placée en rente sur l'Etat sera décerné, au commencement de l'année 1910, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur), de pathologie et de thérapeutique générales, sous le nom de prix Alphonse Jaumes.

Un autre prix de même valeur sera distribué au commencement de l'année 1911 à l'auteur du meilleur travail sur un sujet (au gré de l'auteur) de médecine légale ; ce prix portera également le nom de prix Alphonse Jaumes.

Les travaux présentés pourront être imprimés ou manuscrits ; mais ils ne pourront concourir qu'autant qu'ils n'auront pas plus de quatre ans de date.

Limoges. — Un concours s'ouvrira le 8 *novembre* 1909, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Un concours s'ouvrira le 8 *novembre* 1909 devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.



REVUE GÉNÉRALE

La Prostate (1);

Par MM. **LÉVY** (Edmond) et **SORREL**.
Internes des hôpitaux de Paris

La prostate est une glande qui double les parois de l'urètre dans sa portion intiale. Hérophile, qui l'a découverte 307 ans avant notre ère, la désignait le plus justement sous le nom d'αδενοειδης παραστατης.

Embryologie. — C'est au carrefour génito-urinaire qu'elle prend naissance. Pour Kœlliker, pour Tourneux... elle apparaît au 3e mois, simple épaississement de la place où l'urètre et le cordon génital se rencontrent.

Les bourgeons pleins provenant de l'épithélium du sinus urogénital s'allongent pendant le 4e mois, poussent des bourgeons secondaires en même temps qu'ils commencent à se creuser d'une lumière centrale.

Les faisceaux de fibres musculaires lisses interposés aux ramifications des glandes prostatiques se montrent vers la fin du 5e mois.

La description d'Hertwig diffère un peu ; c'est très tôt, au 2e mois, que les parois de l'urètre s'épaississent et qu'apparaît le tissu musculaire lisse.

A l'intérieur du bourrelet annulaire ainsi formé s'engagent les évaginations de l'épithélium de l'urètre. Ces diverticules épithéliaux se ramifient et ainsi se trouve formée la prostate.

C'est à la face postérieure de cet organe que s'ouvrent les canaux déférents. Entre eux s'est formé l'utricule prostatique ou utérus mâle aux dépens des extrémités inférieures des canaux de Muller.

Situation. — Organe impair et médian, elle est située au-dessous de la vessie, au-dessus de l'aponévrose perinéale moyenne, au-devant du rectum, derrière la symphyse pubienne.

Elle est contenue dans une loge fibreuse, la loge prostatique, que nous aurons à décrire.

Forme. — Sa forme est très irrégulière. Comparée successivement à une noix par Heister, à une châtaigne par Winslow, elle peut être, avec Delbet et Testut, considérée comme un cône aplati d'avant en arrière, dont le sommet serait dirigé en bas et en avant, la base en haut et en arrière vers la vessie. L'axe qui réunit le sommet au milieu de la base serait représenté par une ligne oblique en bas et en avant, qui formerait avec la verticale un angle de 5° environ.

Dimensions. — A peine développée chez le nouveau-né et chez l'enfant, la prostate s'accroît subitement au moment de la puberté, et atteint son complet développement de vingt à vingt-cinq ans, elle conserve ensuite ces mêmes dimensions jusque vers 45 ans. Les dimensions moyennes sont de 20 à 25 mm. de longueur, 30 à 36 mm. transversalement, 25 mm. dans le sens antéro-postérieur. Après 60 ans, elle s'accroît, de nouveau, et cette hypertrophie sénile qui porte généralement sur le lobe médian, donne à la glande un volume double ou triple de celui qu'elle présente à l'état adulte.

Poids. — Son poids est d'environ 20 grammes, son poids spécifique de 1045.

Coloration. — La prostate a une coloration gris rougeâtre. Elle est dure et résistante au toucher. Elle se laisse difficilement dilacérer.

Configuration extérieure. — Cette glande, avons-nous dit, a la forme d'un cône légèrement aplati d'avant en arrière. Elle présente à étudier 4 faces, une base et un sommet.

La *face antérieure* est courte, descend, légèrement oblique, en bas et en avant. Elle se rapproche beaucoup de la verticale. Son aspect n'offre aucune particularité intéressante.

La face postérieure est fortement oblique en bas et en avant, elle est inclinée de 45° environ sur l'horizontale. Plane ou légèrement concave dans le sens transversal chez l'adulte, elle tend à devenir convexe chez le vieillard. Sur la ligne médiane, cette face présente un léger sillon qui atteste la progression vers cette ligne des deux moitiés latérales de la glande primitivement distinctes. Ce sillon aboutit du côté de la base à une échancrure plus ou moins accusée, ce qui permit assez justement à Littré et à Lieutaud de comparer cette face à un cœur de carte à jouer.

Les faces latérales sont convexes dans le sens antéro-postérieur, presque planes dans le sens vertical.

L'extrémité antérieure est encore désignée sous le nom de sommet, pointe ou bec de la prostate : on a dit que la détermination de cette limite antérieure n'était pas facile. La difficulté disparaît si l'on a pris soin de faire macérer les pièces dans l'eau acidulée. On voit alors que cette extrémité est mousse, et même légèrement échancrée, à concavité antérieure, et que les fibres du constricteur urétral se séparent pour la recevoir. Ce sommet est situé à 3 ou 4 millimètres au-dessous de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse

La base est très oblique en bas et en avant, et présente à considérer d'avant en arrière 3 zones.

La zone antérieure est blanc grisâtre. Elle présente un diamètre de deux centimètres, et son centre est occupé par un orifice circulaire. C'est l'orifice postérieur de l'urètre. Il est entouré de fibres circulaires qui constituent le sphincter vésical et, tout à la périphérie, se trouvent les fibres longitudinales superficielles de la vessie qui viennent se fixer sur la prostate.

La zone moyenne, de couleur rougeâtre, se soulève en une saillie médiane oblongue transversale. Elle est tendue comme une toile, de la face interne d'un lobe à l'autre, elle sépare la partie des voies urinaires placée en avant d'elle, de la partie des voies génitales située en arrière. C'est le lobe médian, ou troisième lobe de la prostate, comme le désignait Home. Cet isthme est fibreux, il est à peine différencié chez l'enfant et l'adulte. Dans un âge avancé, ce raphé fibreux est envahi par du tissu fibro-glandulaire. Cette hypertrophie est parfois assez accusée pour refouler la muqueuse vésicale et former dans la vessie une bride transverse, véritable écluse vésicale. La partie rétro-prostatique de la vessie paraît déprimée d'autant et vient former le bas-fond.

La zone postérieure présente une large fossette limitée de chaque côté par deux saillies. Ce sont les lobes latéraux de la prostate; convexes dans tous les sens, ils présentent un diamètre de 1 c. 5 environ. Au fond de la fossette se loge l'utricule prostatique, flanqué de chaque côté de deux orifices ; l'interne est la partie terminale du canal déférent, l'externe la partie terminale de la vésicule séminale. Ces deux canaux s'unissent dans la glande pour former le canal éjaculateur.

En arrière les deux lobes sont parfois unis par une bande de tissu prostatique, c'est la commissure postérieure.

Telle est la description admise par les classiques.

Ce n'est pas celle donnée par Albarran. Lorsqu'on a séparé la prostate de la vessie, dit-il, en coupant les fibres musculaires qui réunissent les deux organes, puis enlevé les vésicules séminales et coupé les canaux éjaculateurs aussi ras que possible, on voit que la dépression transversale profonde qui les loge n'atteint pas tout à fait les bords latéraux de la glande.

Cette dépression sépare la base en deux régions distinctes.

Un champ postérieur assez mince, échancré à sa partie moyenne par l'incisure prostatique et *une région antérieure* plus large qui présente un versant postérieur regardant les vésicules séminales, et un versant antérieur répondant au col de la vessie.

La crête qui les sépare répond au fond de la vessie juste derrière le col.

Deux petits sillons antéro-postérieurs plus ou moins marqués séparent en 3 segments cette région préspermatique. Le segment moyen est le lobe médian.

On voit que la base de la prostate est tout entière rétro-urétrale. Devant elle, apparaît la coupe de l'urètre entouré de son sphincter lisse et de fibres longitudinales venant de la vessie.

Rapports. — La glande est comprise dans une loge fibro-aponévrotique. Nous décrirons successivement.

1° La loge prostatique ;
2° Les rapports de la glande avec la loge ;
3° Les rapports de la prostate avec les organes voisins par l'intermédiaire de la loge ;

(1) Dans le cours de cette Revue, nous avons fait à M. le Professeur Farabeuf de larges emprunts dont nous lui sommes très reconnaissants. (L. et S.)

4° Les rapports de la glande avec les organes qui la traversent.

1° *La loge prostatique.*

Pour bien comprendre la constitution de cette loge il faut connaître le plancher uro-génital d'où émanent et où viennent aboutir toutes les lames aponévrotiques qui délimitent cette niche prostatique.

Quand on regarde d'en haut la cavité pelvienne débarrassée de ses viscères, on voit l'entonnoir coccy-périnéal fendu sur la ligne médiane. Les faisceaux pubiens du muscle releveur, parallèles et distants, laissent entre eux une large boutonnière antéro-postérieure.

Le plancher uro-génital constitue un fond à l'espèce d'auge formée par les faisceaux antérieurs des deux releveurs.

Il dépasse largement l'intervalle de ces muscles puisqu'il va se fixer aux branches ischio-pubiennes entre lesquelles il est tendu *transversalement.*

En avant, il laisse entre son bord antérieur et le ligament arqué sous-pubien, une fissure transversale importante, c'est le passage de la veine dorsale profonde médiane de la verge, mère des deux veines honteuses qui vont cheminer dans l'épaisseur comme « des solives entre plafond et parquet » (Farabeuf).

Son bord postérieur est fortement échancré sur la ligne médiane, il se prolonge en pointe de chaque côté vers l'ischion.

Ce plancher est constitué par deux feuillets, plans aponévrotiques parallèles dont l'intervalle est rempli par un contenu mixte de faisceaux musculaires — c'est le transverse profond du périnée — de graisse, de nerfs et de vaisseaux, ce sont les vaisseaux et nerfs honteux internes.

Ces deux feuillets ne sont pas distincts dans toute leur étendue. Dans le segment antérieur du plancher compris entre la veine dorsale en avant et l'urètre en arrière, les feuillets aponévrotiques supérieur et inférieur entrent en contact par suite de l'absence de fibres musculaires et forment le ligament transverse du pelvis bien décrit par Henle.

C'est à quelques mm. en arrière de cette bandelette fibreuse que le plancher est perforé par le conduit urétral.

Sur ce plancher, qui nous est maintenant connu, nous voyons se fixer les lames aponévrotiques qui délimitent la loge prostatique.

La *paroi antérieure* est formée par le feuillet dit préprostatique, C'est une expansion aponévrotique qui émane du ligament transverse du pelvis immédiatement en avant de l'urètre. Cette lamelle s'incline à 70° et monte devant l'urètre et la prostate jusqu'au col vésical.

Latéralement, du feuillet supérieur du plancher semble se détacher l'aponévrose latérale à la prostate qui monte entre les vaisseaux de cet organe et le muscle releveur obliquant en haut et en dehors. Ces aponévroses latérales placées de champ partent de la face postérieure du pubis, longent les faces latérales de la prostate puis les parties latérales du rectum et vont s'insérer sur le sacrum. Ce sont les lames pubo-rectales. Elles délimitent de chaque côté notre loge prostatique.

En arrière, la loge est fermée par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. Celle-ci est tendue entre les deux lames pubo-rectales latéralement.

Inférieurement elle se fixe au niveau de l'échancrure postérieur du plancher uro-génital.

Supérieurement elle prend attache au fond du cul-de-sac de Douglas.

En haut la loge prostatique est largement ouverte. C'est tout au plus s'il existe un tissu cellulaire lâche, rarement assez condensé pour constituer une véritable lamelle fibreuse ; c'est par cette ouverture que la prostate est en haut en contact immédiat avec la partie de la vessie qui entoure le col et avec la terminaison des conduits spermatiques.

En résumé, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur la forme de cette loge prostatique, nous voyons qu'elle est évasée et ouverte en haut, qu'elle se rétrécit et s'effile en bas, épousant les contours de la glande ; elle est cylindroconique et présente six parois : *une paroi antérieure*, constituée par la lame préprostatique, *une paroi postérieure* formée par l'aponévrose prostato-péritonéale, *deux parois latérales* constituées par les deux aponévroses pubo-rectales, *une paroi inférieure* répondant à l'aponévrose périnéale moyenne.

Quelle est la constitution des lames fibreuses qui délimitent cette cavité ?

a) *La paroi inférieure*, ou plancher uro-génital, nous est suffisamment connue.

b) *La lamelle antérieure* est une expansion du ligament transverse de Henle.

Proust comprend la limite antérieure de la loge de façon différente. Pour lui, les deux lames latérales qui viennent de border chacun des lobes convergent l'une vers l'autre et viennent adhérer à l'urètre au niveau de la ligne médiane, se confondant avec les ligaments antérieurs de la vessie.

La constitution *des parois latérales et postérieures* est plus complexe.

c) On a beaucoup discuté, en effet, sur la valeur anatomique des *lames latérales.*

Certains auteurs étrangers, avec Rosthorn, admettent qu'au niveau de l'*arcus tendineus fasciæ pelvis*, on voit se détacher de l'aponévrose pelvienne supérieure un feuillet dit fascia viscéral, qui se porte transversalement vers le col vésical, et se bifurque à ce niveau en deux lames ; l'une, ascendante, monte latérale à la vessie, l'autre descendante flanque la prostate.

En France, on admet plutôt que l'aponévrose pelvienne supérieure descend directement jusqu'au plancher uro-génital. C'est de ce plancher que monte une lame latérale à la prostate, mais elle est mince, elle ne fait que flanquer la partie tout inférieure de la glande ; elle vient, suivant l'expression de Farabeuf, mourir aux flancs de l'organe. Et la véritable lame latérale, celle qui constitue une paroi isolant nettement la glande, est formée par du tissu cellulo-graisseux qui double l'aponévrose pelvienne supérieure, se condense autour des vaisseaux antéro-postérieurs prostatiques et vésicaux et forme la grosse lame pubo-sacro-rectogénitale.

C'est la lame vasculaire d'Ombredanne, le fascia cache-vaisseaux de Farabeuf, c'est une portion en un mot de cette gaîne hypogastrique que l'on retrouve accompagnant tous les vaisseaux du petit bassin.

D'autre part, il existe bien aussi quelques feuillets fibreux émanés transversalement de l'aponévrose du releveur, mais ils ne sont que transversaux, séparant les étages vasculaires, les vésicaux des prostatiques en particulier. Nous les retrouverons en étudiant ces vaisseaux.

d) Quelle est la signification de l'aponévrose de Denonvilliers ou lame postérieure.

Pour les uns, c'est *un prolongement frontal médian de l'aponévrose pelvienne. Pour d'autres*, c'est une expansion du plancher uro-génital au niveau de sa limite postérieure analogue et symétrique à la lamelle préprostatique. *Cunéo* et *Veau* lui assignent une origine toute différente s'appuyant sur des recherches embryologiques. Entre la vessie et l'appareil séminal, il existe primitivement un cul-de-sac péritonéal. Mais son existence est transitoire, car peu à peu ce cul-de-sac diminue de profondeur par une coalescence s'effectuant de bas en haut. Par suite, le fond du cul-de-sac séreux se trouve reporté jusqu'au niveau du bord supérieur des vésicules séminales. En arrière des vésicules et des canaux déférents existe aussi primitivement un cul-de-sac génito-rectal très profond. Il atteint le plancher pelvien en passant sur la face postérieure de la prostate. Le cul-de-sac recto-séminal se comble, également par accolement des surfaces séreuses au contact, et ce jusqu'au niveau du bord supérieur des vésicules séminales. Par conséquent, chez l'adulte, la séreuse qui tapisse la paroi postéro-supérieure de la vessie, se refléchit directement par-dessus le bord supérieur des vésicules séminales, pour recouvrir la face antérieure du rectum. Et la face postérieure des vésicules séminales et de la prostate cessent d'être revêtues de péritoine, ainsi que la face antérieure du rectum dans cette région. C'est l'ensemble des deux fascias d'accolement pré et rétro-vésiculaire qui constitue l'aponévrose prostato-péritonéale.

Cette aponévrose de Denonvilliers est en réalité *plus complexe.* En effet, ces fascias se sont pas réduits à l'état de simples lamelles fibreuses accolées ; des fibres musculaires lisses, que Rouget a bien étudiées, s'y adjoignent.

En sorte que, sous le tegmentum péritonéal, est tendue d'un côté à l'autre cette aponévrose qui est un véritable ligament large musculaire lisse du mâle. Les conduits et réservoirs spermatiques

y sont contenus comme l'utérus et ses annexes dans la cloison large homologue.

Cette homologie serait complète pour Thyrel.

Si d'après cet auteur on pratique une coupe horizontale intéressant d'avant en arrière prostate et rectum, on trouve entre ces deux organes trois formations différentes.

a) Il existe une gaine vasculaire, tissu cellulaire condensé autour de la génito-vésicale, doublée de fibres musculaires lisses et qui engloble ces vaisseaux et l'appareil spermatique. Ne retrouvons-nous pas là la gaine vasculaire de l'utérine.

b) Retombant sur cette gaine de la génito-vésicale, comme il le fait chez la femme, le péritoine forme deux culs-de-sac, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Mais chez l'homme, ces feuillets se sont accolés, ce sont les fascias inter vésico-séminal et intergénito-vésical, de Cunéo et Veau.

c) En arrière, existe une lamelle fibreuse indépendante, tendue de chaque côté du plancher pelvien.

Telle est la loge prostatique. Y a-t-il une capsule vraie, autre que cette loge aponévrotique entourant au-dessous d'elle le tissu glandulaire ? *Freyer* le croit.

D'après lui quand on enlève la prostate par la voie hypogastrique, on extirpe toute la glande avec sa capsule propre comme on enlève une orange de son écorce, l'ensemble des gousses étant tout de même enveloppé par une mince capsule.

Pour Albarran, ce n'est là qu'une apparence ; dans certains cas au-dessous de la loge aponévrotique il y a bien une capsule, mais c'est une fausse capsule prostatique qui n'est qu'une formation pathologique : dans les prostates fibro-adénomateuses, forme la plus commune de l'hypertrophie, une portion de tissu glandulaire tassé et refoulé contre la loge prostatique enveloppe à la manière d'une capsule la partie hypertrophiée. Dans la prostatectomie sus-pubienne, on n'enlève pas toute la prostate, le décollement se fait en réalité entre la portion hypertrophiée, et cette fausse capsule formée pas l'aplatissement de la vraie prostate.

2° *Rapports de la glande avec les parois de la loge.*

La glande n'est unie aux parois de la loge que par des ramuscules vasculaires et l'on peut toujours l'en détacher.

L'énucléation est facile et pourra se faire, lors d'une intervention chirurgicale, avec la pointe mousse des ciseaux.

Deux remarques sont à faire.

Au niveau de la base où la loge est ouverte et où la glande est surplombée directement par la vessie, le décollement des deux organes est simple, grâce à la présence de tissu cellulaire lâche. Nous aurons à y revenir.

Au niveau du bec de la prostate où le périnée moyen forme le plancher de la loge, une disposition spéciale existe.

Les classiques décrivaient à l'urètre membraneux un segment sus-périnéal ; la prostate, d'après eux, n'arrivait pas au contact du plancher. Farabeuf a montré que la portion préurétrale de la glande descend au niveau du plancher, mais que la portion rétro-urétrale en est réellement distante. Il y a donc une partie de la face postérieure de l'urètre, sus-périnéale, et à découvert, mais de la face postérieure seule et c'est précisément là, qu'aboutira une artère urétrale.

3° *Rapports de la prostate avec les organes voisins par l'intermédiaire de la loge.*

I. — *Antérieurement*, par l'intermédiaire du feuillet préprostatique, la prostate entre en rapport avec une petite région limitée *en avant* par la face postérieure de la symphyse pubienne,

En *haut*, ce sont les ligaments pubo-vésicaux, et la face antéro-inférieure de la vessie. Voici comment on peut comprendre ces ligaments : les pubo-vésicaux externes ou latéraux ne sont autres que le bord interne de la portion antérieure de l'*arcus tendineus fasciæ pelvis*, en bandelette ischio-pelvienne ou pubo-épineuse.

D'après Farabeuf, en effet, cette bande de tissu fibreux naît au-dessous du milieu de la face postéro-supérieure du pubis sur une ligne oblique en bas et en dedans, par des rubans juxtaposés séparés seulement par quelques fissures ou orifices vasculaires, ses faisceaux longs côtoient horizontalement la paroi de l'excavation, et elle va jusqu'à la base de l'épine sciatique où s'attache une partie de ses éléments, elle paraît donc de prime abord, aller tout entière de la partie basse du corps du pubis à l'épine sciatique ; mais comme elle est très large à son origine pubienne, plusieurs de ces fascicules vont moins loin et s'arrêtent aux bords latéraux de la prostate et au col de la vessie, ce sont là les ligaments pubo-vésicaux externes, ou latéraux.

Mais l'aponévrose supérieure du diaphragme pelvien principal ne cesse pas en avant avec les arcs aponévrotiques, elle s'unit derrière la symphyse avec celle du côté opposé, et cette portion médiane intermédiaire aux ligaments pubo-vésicaux latéraux forme le ligament pubo-vésical médian, qui se perd vers la base de la vessie et forme ainsi plafond au-dessus de l'espace qui loge le plexus de Santorini. Il y a toutefois une notable différence entre les latéraux et le médian, tandis que les premiers créent de chaque côté une saillie bien marquée, le second n'est qu'une lamelle amincie, déprimée en une fossette, dite fossette graisseuse prévésicale, de 6 à 9 mill. de profondeur, 12-15 m. de diamètre transverse et sagital. Cette fossette contient un peu de graisse, et son fond est traversé par les veines qui gagnent le labyrinthe de Santorini.

En bas, c'est :

a) Le ligamentum arcuatum « qui termine la symphyse ».

b) La partie antérieure du plancer uro-génital, à ce niveau constitué, comme on le sait, par l'accolement des deux feuillets formant le ligament transverse profond du périnée, ligament de Henle.

Entre lui et le ligamentum arcuatum est une fissure transversale importante, c'est le passage et le lieu de bifurcation de la veine dorsale profonde médiane de la verge.

La *face postérieure* est naturellement la prostate recouverte par le feuillet préprostatique et les fibres musculaires.

Les *faces latérales* sont les aponévroses pubo-sacro-recto-génitales.

Dans ce petit espace on trouve un certain nombre de vaisseaux : des artères et surtout des veines formant le gros plexus de Santorini.

1° *Artères*. — Ce sont des rameaux normalement sans grande importance, des artérioles qui naissent de la honteuse interne pendant qu'elle chemine dans l'épaisseur de la partie antérieure du plancher uro-génital, avant qu'elle ait perforé les trousseaux ligamenteux pubo-caverneux et ne soit ainsi devenue dorsale de la verge.

La branche anastomotique avec l'obturatrice s'en est déjà détachée et nous ne trouvons à la région préprostatique que 3 rameaux.

a La *vésicale antérieure ascendante*, qui perfore le feuillet supérieur du plancher uro-génital et remonte devant la face antérieure de la prostate et de la vessie.

Elle s'anastomose en avant avec l'ombilico-vésicale antérieure et sur le côté (par un rameau qui peut naître à part) avec diverses terminaisons de vésicales pelviennes, particulièrement avec celles de la prostatovésicale, branche inférieure de la génito-vésicale fille de l'hypogastrique.

b) Plus en avant, l'artère donne encore un rameau : *artère graisseuse* au feuillet cellulo-adipeux prévésical, rameau qui peut naître de l'artériole précédente.

c) Enfin en arrière de la symphyse se montre encore un filet artériel venu de la honteuse, l'*artère rétro-symphysienne*, tandis qu'en avant de cette symphyse se montre un filet similaire, artère pré-symphysienne, ils s'anastomosent avec des artérioles multiples, notamment les filets de la pubienne (rétro-pubienne) branche de l'obturatrice.

Normalement, toutes ces petites artères sont sans grande importance, mais anormalement on peut voir l'obturatrice se substituer à la dernière portion de la honteuse grâce à la première anastomose, ou la génito-vésicale prolonger l'un de ses rameaux (le prostatique) dans le périnée antérieur pour y suppléer la honteuse interne et fournir les branches ultimes que celle-ci donne ordinairement : caverneuse, uréthrale, dorsale de la verge, par développement d'une des anastomoses signalées avec la vésicale antérieure.

Inversement d'ailleurs, on peut voir, bien que rarement, une suppléance partielle de l'artère génito-vésicale par un développement excessif de l'artériole vésicale antérieure que donne la honteuse.

2° *Veines*. — Elles forment un très gros lacis dit plexus de San-

torini ; on peut cependant, comme le montre Farabeuf, reconnaître en ces veines des satellites des artères dont elles reproduisent la disposition, mais elles sont énormes par rapport aux artères.

Tout d'abord, c'est la bifurcation de la *dorsale profonde de la verge* dans le fond de la fossette pré-vésicale pour donner les 2 honteuses internes qui vont ensuite cheminer dans l'épaisseur du plancher uro-génital.

Les veinules accompagnant les artérioles *pré* et *rétro-symphysienne* sont sans importance.

Celles accompagnant la *graisseuse* sont plus volumineuses, c'est dans cette fossette prévésicale au point de bifurcation de la dorsale de la verge que « plongent deux veines, ou simplement une veine qui résulte de la fusion des veines graisseuses unies l'une ou l'autre avec une rétro-pubienne et une prévésicale flottante.

Double d'abord, et même quadruple, la graisseuse tend à se simplifier pour se dédoubler encore et joindre les vésicales antérieures, de sorte que c'est une fourche veineuse simple ou double qui descend sur la fourche même de la dorsale.

Autrement, ce sont deux veines de volume variable, qui, une de chaque côté ordinairement unie à la vésicale antérieure, viennent grossir l'origine de chaque honteuse. Ces embouchures sont souvent de véritables deltas, et l'on remarque presque toujours entre elles, dans le plancher même, des anastomoses transversales qui assurent la circulation indifféremment d'un côté à l'autre.

La veine accompagnant la *vésicale antérieure* est un tronc quelquefois énorme, descendant de l'ouraque parallèle et presque adjacent à son congénère sur la ligne médiane, en s'approchant du col vésical, avant d'entrer dans le large ligament pubo-prostato-vésical, il se grossit, ou s'affaiblit d'anastomoses avec d'autres veines vésicales qui naissent ou confluent en ce point. Les graisseuses en sont ordinairement des affluentes ».

De plus l'artère vésicale ascendante, avons-nous dit, s'anastomose avec le rameau prostatique de la génito-vésicale. Il y a de même une communication veineuse, mais énorme.

Elle se fait par un, quelquefois plusieurs affluents, qu'envoient les vésico-prostatiques à la honteuse interne à 10, 15, 20 millimètres en arrière de la veine vésicale antérieure.

Enfin, aux confins latéraux de notre région, correspondant à l'anastomose artérielle de la honteuse interne avec l'obturatrice, on trouve plusieurs veinules cheminant l'une au-dessous du muscle obturateur, l'autre ou les autres, sur l'aponévrose pelvienne du muscle.

Lymphatiques. — Il n'y a pas de ganglions lymphatiques dans cette région.

Marcille a retrouvé trois fois sur 15, chez l'homme, un tronc lymphatique signalé par Walker chez le chien, partant de la face antérieure de la prostate dont il naît, se portant vers le plancher pelvien, pour s'unir à deux vaisseaux émanés de la portion membraneuse de l'urèthre et aller se terminer en suivant la honteuse interne dans un ganglion du groupe hypogastrique.

Tous ces vaisseaux sont noyés dans un tissu cellulo-fibreux contenant des fibres musculaires lisses, dans une véritable gangue permettant, comme le fait remarquer Proust, leur isolement quand on libère la face antérieure de la vessie au cours d'une prostatectomie périnéale, mais ils empêchent naturellement l'accès antérieur direct sur la glande.

II. — *Latéralement.* — Si on regarde une coupe frontale du plancher uro-génital passant par la prostate, on voit que latéralement elle répond aux deux parois de l'entonnoir formé par les releveurs, mais elle y répond de loin en haut, au niveau de sa base, de près, en bas, au niveau du bec.

Les releveurs, en effet, sont obliques en bas et en dedans, ils se rapprochent de la ligne médiane à mesure qu'ils descendent, et leurs bords internes enserrent latéralement la prostate au niveau de son bec. Certains faisceaux musculaires étreignent les parties latérales de ce bec prostatique, puis qu'ils vont se fixer sur le raphé pré-anal, immédiatement en arrière de la glande.

Par suite, se trouve délimitée une sorte de région vaguement triangulaire sur la coupe (prismatique, en réalité) dont le *côté interne* est la prostate, et la *région adjacente de la vessie* ; le *côté externe*, le releveur, *la base*, le cul-de-sac péritonéal qui de la vessie se réfléchit sur les parois latérales du bassin, dont le *sommet* enfin est au bec de la prostate où convergent les deux côtés externes et internes.

Dans cet espace, il y a un énorme lacis vasculaire, tous ces vaisseaux ne sont pas à nu, ils soulèvent du tissu cellulo-fibreux plus ou moins dense, qui constituera l'aponévrose pubo-sacro-recto-génitale dont nous avons déjà parlé.

Mais dans ce lacis vasculaire, on peut distinguer une certaine systématisation.

Des lames fibreuses, en effet, émanées de l'aponévrose du releveur, devenant dans la région inférieure, lame *latérale de la prostate*, le partagent tout d'abord en deux groupes artériels et veineux ; l'un, supérieur, est essentiellement *vésical*, l'autre, inférieur est essentiellement *prostatique*.

Ces groupes sont formés de plusieurs vaisseaux entre lesquels également s'insinuent des ébauches de lame fibreuse, mais toujours moins nettes que la lame inter-vésico-prostatique, groupe vésical et groupe prostatique, communiquant d'ailleurs largement aux deux extrémités antérieure et postérieure.

Nous allons le voir en étudiant successivement les artères, puis les veines.

Pour bien voir ces vaisseaux, il faut examiner une coupe antéro-postérieure.

1° *Artères.* — L'artère génito-vésicale arrive d'arrière, naissant soit du tronc même de l'hypogastrique ou de sa branche antérieure de bifurcation, soit de l'une de ses branches pariétales.

Bientôt, avant d'atteindre le niveau de la prostate, elle se divise dans les cas types tout au moins, — car les variétés sont fréquentes — en deux troncs secondaires : la *prostato-vésicale* et la *vésiculo-déférentielle*; se dirigeant, comme son nom l'indique, vers la vésicule et la terminaison du déférent, la vésiculo-différentielle reste tout entière en arrière et au-dessus de la prostate, nous la retrouverons, mais elle est en dehors de notre région actuelle.

Et seule la prostato-vésicale arrive jusqu'à hauteur de la prostate, se dirigeant en avant presque horizontale, antéro-postérieure maintenant, formant avec le tronc génito-vésical un angle de près de 90°.

Arrivée au niveau de la base de la prostate, ce tronc prostato-vésical se bifurque en deux branches, une *supérieure*, c'est la *vésicale inférieure* ou postéro-inférieure dont un rameau, le vrai vésical inférieur, se porte loin en avant, tandis que l'autre, le postérieur, se recourbe en arrière pour se distribuer au bas-fond vésical et à la terminaison de l'uretère.

L'*autre inférieure*, c'est la *prostatique* fournissant à la glande des rameaux et ramuscules ascendants, antérieurs et rétrogrades.

Telles sont les artères typiques bien séparées en deux étages par un feuillet fibreux qui entrent en rapport avec les faces latérales de la prostate.

Les anomalies sont très fréquentes, et sur les figures de Farabeuf on en voit quelques-unes : *a*) prostato-vésicale, donnant la prostatique normale, la vésiculaire et la vésicale inférieure (fig. 30, vaisseaux du périnée).

b) Génito-vésicale, se bifurquant en prostatique et demi-honteuse antérieure, qui donne la vésicale antérieure, la graisseuse la rétro-symphysienne, anomalie dont nous avons déjà parlé, tandis que l'ombilicale, avec une déférentielle née directement de l'hypogastrique, supplée à l'insuffisance de cette génito-vésicale et irrigue le bas-fond vésical, la vésicule et la fin des déférents.

Ces troncs artériels sont petits, très petits même par rapport aux gros troncs veineux, et quand on examine une coupe antéro-postérieure ils disparaissent complètement au milieu des veines, dont nous allons maintenant parler.

2° *Veines.* — Ces veines tout d'abord drainent un territoire plus considérable que le territoire artériel de la génito-vésicale et cela contribue déjà à expliquer leur volume.

En avant, en effet, le sang veineux du territoire irrigué par les rameaux artériels descendus de l'ombilicale ne peut revenir par la veine ombilicale.

Une partie se déverse dans la voie périnéale de la honteuse interne, une autre partie vient aboutir aux veines génito-vésicales.

De plus, c'est également par les génito-vésicales que se draine le

sang veineux de la portion initiale de l'urètre, portion très riche en vaisseaux,et si on regarde la face antérieure de cette portion de l'urètre après injection, on en voit sortir quantité de demi cravates veineuses. « Quand ce réseau a été injecté d'une pâte molle et qu'on a isolé la périphérie des organes, si l'on vient à le presser entre deux doigts, on voit la matière injectée sourdre par de nombreux orifices comme du vermicelle. Ces orifices sont ceux des veinules émissaires très nombreuses qui,malgré l'épaisseur des parois du canal,émergent sous le bec de la prostate à travers sa partie antérieure et surtout au pourtour du col de la vessie.Sur une pièce bien injectée on voit sortir en avant du col vésical et de l'urètre tant de veinules qui s'en vont chacune de son côté, les unes à droite, les autres à gauche,former les collectrices,qu'il ne reste aucun intervalle. Cette image fait venir à l'esprit l'idée de cheveux de vermicelle anastomosés partagés sur la ligne médiane par une raie mal faite ».

Donc en avant sont de nombreuses sources uréthro-prostato-vésicale qui se trouvent en rapport intime avec la partie toute antérieure des faces latérales de la prostate.De ce confluent antérieur descend toujours une anastomose avec la voie périnéale des honteuses.

De là le sang se draîne par deux groupes veineux antéro-postérieurs, l'un supérieur,vésical, au-dessus duquel chemineut un ou deux canaux également antéro-postérieurs, mais descendus du territoire de l'artère ombilico-vésicale postérieure, l'autre inférieur prostatique recevant des branches hémorroïdales moyennes.

Ces deux groupes sont séparés à la portion moyenne par ce feuillet émané de l'aponévrose du releveur dont nous avons déjà parlé ; communiquent en avant parce que les sources sont communes ; et confluent en arrière pour donner le très gros pédicule veineux génito-vésical qui, se dirigeant en arrière et en haut, va se jeter dans l'hypogastrique déjà constituée ou en voie de constitution.

Les vaisseaux honteux internes sont, dans l'épaisseur du plancher uro-génital, séparés de la région qui nous intéresse par le feuillet supérieur de ce plancher.

3° *Lymphatiques.* — Il n'y a pas de ganglion lymphatique vrai en rapport avec les faces latérales de la glande, mais il existe un tronc lymphatique né de la face postérieure de la prostate puis accompagnant l'artère prostatique,et sur le trajet de ce tronc, au voisinage de son orifice prostatique, on trouve presque constamment 2 ou 3 petits nodules ganglionnaires.

4° *Nerfs.* — Entre la prostate et le releveur, s'étale le *plexus nerveux prostatique*. Emané du plexus hypogastrique, il apparaît souvent comme un prolongement du plexus déférentiel qui entoure les vésicules séminales et envoie des filets sur le déférent ; il reçoit des nerfs viscéraux du plexus sacré (rameaux communicant des 2e et 3e paires sacrées) et laisse voir de distance en distance des ganglions dont le volume varie entre deux et 7 mm.

Dès la région moyenne de la prostate, il devient nettement distinct et chemine au milieu des nombreuses veines prostatiques

Il se prolonge en avant par le plexus caverneux, qui des parois latérales de la prostate gagne la région membraneuse de l'urèthre, perfore, l'aponévrose périnéale moyenne et atteint sur la symphyse du pubis la racine des nerfs caverneux.

Latéralement et en avant, la prostate entre encore en rapport avec le prolongement antérieur de la fosse ischio-rectale dit *recessus pubien* mais d'assez loin, puisque ce recessus se trouve situé au-dessous du releveur, entre lui et la face supérieure du transverse profond.

En résumé, les parois latérales de la prostate sont surtout en rapport avec des plexus vasculaires, veineux presque exclusivement, qui les séparent des releveurs,et dont la blessure dans une prostatectomie serait dangereuse ; heureusement ces vaisseaux sont protégés pour ainsi dire ; tout d'abord, en effet les recouvrant, s'insinuant entre eux, maintenant ces veines béantes de sorte qu'elles forment un véritable système caverneux, les séparant les unes des autres, mais les séparant aussi de la prostate, est un tissu fibro-celluleux qui les englobe, et qui forme une portion de l'aponévrose pubo-sacro recto-génitale.

Entourant la glande de plus, il existe une espèce de coque musculaire qui semble encapsuler la masse centrale musculo-glandulaire.

Aussi, que l'on arrive sur la prostate par voie périnéale ou par voie transvésicale, l'isolement de la glande,sa décapsulation, est assez facile, et en même temps que la paroi de la loge, on rejette en dehors les gros plexus latéraux sans même les voir.

III. — *Postérieurement.* — Par l'intermédiaire du feuillet prostato-peritonéal de Denonvilliers, qui nous est connu, la face postérieure de la prostate répond au rectum.

Le cul-de-sac péritonéal vient parfois affleurer le bord postérieur de la glande dans l'espace interséminal ; dans d'autres cas, il remonte, à 15 ou 20 mm. de celle-ci.

En avant, l'aponévrose de Denonvilliers est intimement unie à la prostate ; plus haut elle monte englober les vésicules séminales.

En arrière ; «si on fait, disent Quénu et Hartmann, une coupe antéro-postérieure, on observe qu'au niveau des vésicules séminales et du tiers supérieur de la prostate de faibles tractus celluleux unissent seuls l'aponévrose à la couche musculaire longitudinale du rectum, il y a là une zone aisément décollable ; dès qu'on s'éloigne de la base de la prostate, les tractus celluleux deviennent plus importants et le décollement moins facile.

« En résumé,entre le rectum et la prostate doublée de son enveloppe,l'aponévrose prostato-péritonéale, on constate l'existence d'un espace celluleux dont voici les limites : en *haut*, le cul-de-sac péritonéal ; en *bas*, des adhérences entre la moitié ou le tiers de l'aponévrose et le rectum ; en *avant*,l'aponévrose prostato-péritonéale adhérente à la prostate, peu adhérente aux vésicules séminales ; en *arrière*, les fibres musculaires longitudinales du rectum ; *sur les côtés*, la loge à sa partie inférieure est assez bien limitée par le tissu cellulaire dense répandu autour du prolongement des plexus latéraux de la prostate : mais plus haut, le doigt n'a pas trop de peine à contourner le rectum et à gagner la face postérieure de l'intestin. »

C'est ce qu'admet également Testut, qui décrit un espace prérectal « fermé en bas par l'union du rectum à la partie inférieure de l'aponévrose prostato-péritonéale et au plancher uro-génital ».

Paul Delbet décrit en arrière de l'aponévrose prostato-péritonéale, la séparant du rectum, un tissu cellulaire lamelleux et lâche.

On a discuté sur les connexions entre vésicules séminales et rectum, au-dessus de la prostate.

Pour Jonnesco, les vésicules séminales et la portion des canaux déférents qui longe leur bord interne sont contenues dans l'épaisseur de la gaîne fibreuse du rectum et lui adhèrent intimement.

Paul Delbet admet également cette adhérence intime, tandis que Guelliot prétend que les vésicules n'adhèrent que lachement au rectum, et dans un cas il aurait trouvé une véritable cavité sorte de bourse séreuse rétro-vésiculaire, entre vésicules et rectum.

Quoi qu'il en soit, il existe un espace décollable rétro-prostatique prérectal.

La clef de cet espace est la bandelette recto-urétrale . Albarran la décrit ainsi : il n'y a pas de muscle recto-urétral, il y a des muscles recto-urétraux. Ce sont des fibres lisses parties de la face antérieure du rectum et convergeant vers l'urètre membraneux. Vue de côté, c'est une sorte d'éventail ouvert en arrière, et dont le sommet se perd dans le sphincter de l'urètre membraneux. Si on coupe ces faisceaux au ras du bulbe, on s'aperçoit à peine de leur présence; si au contraire on s'égare en arrière, il faut les sectionner sur une assez grande hauteur ; ces fibres coupées, l'espace baille, le rectum, de lui-même, s'écarte en arrière avant que les doigts aient agrandi cet espace et qu'on y ait placé la valve prérectale. Et l'on aperçoit largement toute la face postérieure de la glande recouverte encore de sa capsule que l'on va inciser au grand jour.

C'est donc par la face postérieure qu'on aborde la glande dans une prostatectomie périnéale ; il est logique par suite d'étudier, à propos d'elle, les rapports inférieurs périnéaux de l'organe, les divers plans que l'on aura à traverser lors de cette intervention.

D'ailleurs, la glande étant oblique en bas et en avant, cette face postérieure est en même temps inférieure, et lorsqu'on étudie la projection de la glande sur le périnée. c'est en grande partie la projection de la face postérieure.

D'après Wilms, elle se fait dans la partie sous-symphysienne de la région périnéale antérieure, et sur les sujets maigris une distance d'un centimètre et demi au plus séparerait la glande de la peau.

IV. — *Inférieurement*. — Pour arriver sur la prostate, après incision des plans superficiels suivant une ligne convexe en avant allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre, passant à deux petits travers de doigts devant l'anus, longue de 9 cm. environ, ayant 2 cm. de flèche, on aperçoit le périnée superficiel; *en avant* sur la ligne médiane l'origine du bulbe recouvert des bulbo-caverneux; *latéralement* les ischio-caverneux; *transversalement*, le transverse superficiel tendu entre les ischions; quelques faisceaux du sphincter externe de l'anus arrivent perpendiculairement en arrière sur le milieu de ce transverse superficiel. C'est là la base du grand triangle musculaire du périnée superficiel dont les côtés sont les ischio-caverneux; la base, le transverse superficiel, la hauteur, les bulbo-caverneux, et au point où se trouve sur le milieu de la base la partie postérieure de ces bulbo-caverneux, viennent également converger quelques faisceaux du sphincter externe de l'anus.

Il y a là un véritable raphé aponévrotique *en forme de croix*, c'est le nœud périnéal, nœud fibreux sus-rétro-bulbaire, et c'est lui qu'il faut inciser.

Ce faisant, on coupe l'artère périnéale ou transverse superficielle, et ses veines puisqu'elle est est née au-dessus du transverse superficiel et contourne le bord postérieur du transverse pour se diriger ensuite d'arrière en avant et de dehors en dedans dans l'interstice qui sépare l'ischio-caverneux du bulbo-caverneux.

L'artère bulbaire, ou transverse du périnée, est plus antérieure; elle se dirige transversalement sur le bulbe à 15 mm. environ de l'extrémité postérieure duquel elle va pénétrer, et elle n'est par suite pas intéressée.

Sur les côtés deux bords musculaires antéro-postérieurs apparaissent alors tendus par la rétropulsion de l'anus, ce sont les releveurs.

Sur la ligne médiane le bistouri sectionne du tissu fibreux sur une hauteur de quelques millimètres. Brusquement, la région médiane bâille pour ainsi dire, car au-dessus du transverse superficiel, en arrière du bulbe, est un petit espace libre, comme le fait remarquer Proust, sus et rétro-bulbaire; dans la profondeur apparaît une bandelette antéro-postérieure (muscle recto-urétral).

Elle vient s'insérer en avant sur le milieu du bord postérieur de l'ap. moyenne, et comme elle le tire fortement en arrière, il en résulte la formation de deux petits arcs à concavité postérieure. On peut pincer entre deux doigts cette bandelette recto-urétrale et la tendre.

On l'incise tout en avant, au contact de l'urètre membraneux, qu'une sonde permet de repérer. Une véritable cavité s'ouvre alors, c'est l'espace décollable inter recto-prostatique.

V. — *Base de la prostate*. — Les rapports de cette base sont très importants non seulement parce que ce sont ceux du lobe moyen avec la vessie qui expliquent la formation du bas-fond vésical quand ce lobe est hypertrophié, mais encore parce que les dispositions anatomiques de cette région commandent certaines manœuvres opératoires quand on extirpe la prostate.

Au point de vue des rapports, il y a 3 segments : un segment vésical proprement dit, un segment inter-urétéral, un segment vésiculo-déférentiel.

1° *Segment vésical proprement dit*. — C'est la région qui répond au col de la vessie.

2° *Segment moyen urétéral*. — Immédiatement en arrière, la prostate répond à la région interurétérale. Normalement, cette portion de la prostate, qui n'est autre que le lobe moyen, est peu développée et n'atteint pas l'orifice des uretères, donc dans une extirpation leur blessure serait peu à craindre. Mais c'est le plus souvent après hypertrophie plus ou moins considérable de ce lobe moyen que se pratique cette extirpation; dans ce cas la prostate peut atteindre ou même dépasser l'orifice des uretères, et c'est pourquoi Proust conseille le décollement d'avant en arrière qui permet d'éviter plus facilement la blessure de ces uretères. Cette façon de procéder a encore un autre avantage : en effet, la prostate répond à cette région de la vessie par l'intermédiaire d'un tissu celluleux relativement lâche, et plus lâche en arrière qu'en avant ; c'est donc d'avant en arrière que le décollement s'effectuera le plus facilement.

3° *Segment vésiculo-déférentiel*. — C'est la région qui correspond à la portion terminale des vésicules et des déférents, et aux pédicules vasculaires.

Les vésicule séminales, assez éloignées l'une de l'autre au niveau de leur base, convergent en bas, délimitant ainsi un triangle à sommet prostatique.

Les déférents longent les côtés internes des vésicules limitant un triangle interdéférentiel inscrit dans le triangle vésiculaire.

Vésicules et déférents s'unissent en bas, de chaque côté de l'utricule prostatique ; ils constituent les canaux éjaculateurs qui plongent dans la masse glandulaire.

A ces angles postéro-supérieurs de la prostate, arrivent en outre les vaisseaux ; nous les connaissons déjà. Ils sont fournis par la branche inférieure de bifurcation de la génito-vésicale, dite prostato-vésicale.

Dans les cas typiques, cette bifurcation de la génito-vésicale se fait haut, et lorsqu'on sépare la prostate de la vessie, on voit se former un angle vasculaire amenant ainsi la production d'une zone avasculaire dans le décollement vésico-prostatique.

Des deux branches de la prostato-vésicale, la prostatique est de beaucoup la plus importante. Après avoir abordé la loge prostatique en arrière et en haut, elle chemine de chaque côté dans les aponévroses latérales, en s'inclinant en bas et en dedans, et donne des rameaux aux faces latérales de la glande.

La vésicale inférieure envoie également des rameaux à la base au-dessous de la vessie.

Enfin accessoirement l'hémorroïdale moyenne peut fournir des rameaux aux bords postéro-latéraux.

Quant aux veines, nous les avons vues, en étudiant les rapports latéraux, venir aboutir dans cette région postérieure au grand confluent vésico-prostatique.

Les artères des organes voisins n'offrent pas de rapports immédiats avec cette base de la prostate ; l'artère vésiculo-déférentielle tôt séparée de la génito-vésicale aborde la vésicule par sa région supérieure, elle la couvre de ses ramifications et ce ne sont guère que les derniers rameaux qui en arrivant à la portion juxta-vésiculaire du déférent se diviseront en T sur lui près de la prostate.

Les veines entrent en contact plus intime, car beaucoup de veines vésiculo-déférentielles sont venues se jeter dans des veines prostatiques à cet angle postéro-supérieur de la prostate.

Lorsqu'on a décollé la prostate d'avant en arrière, on voit que les vésicules séminales et les déférents, libérés eux aussi de la vessie, vont former deux pédicules postérieurs et supérieurs à la glande. C'est là également, nous venons de le dire, qu'abordent les troncs vasculaires ; on pourra donc facilement lier ses pédicules en un dernier temps.

VI. — *Bec de la prostate*. — Nous avons déjà montré quelle était sa situation par rapport au plancher périnéal.

Rappelons seulement qu'il se trouve entouré par des veines extrêmement nombreuses ; nous y avons déjà insisté et avons montré en particulier combien nombreuses sont celles qui émergent de la portion contiguë de l'urètre.

Il est situé sur l'horizontale qui rase le bord inférieur de la symphyse à 15 mm. de celle-ci; un intervalle de 15 mm. le sépare des corps spongieux.

(La fin au prochain numéro.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Association des Facultés de Médecine et les réformes de l'Agrégation ;

Il vient de se produire, dans la vie des Facultés de Médecine, un évènement nouveau, provoqué par les mouvements récents, et qui procède de la tendance générale au groupement que l'on voit se produire pour toutes les aggloméra-

tions sociales comme la seule manière de faire valoir leurs idées et leurs droits.

Comme le fait s'était produit déjà, il y a quelques années, pour les Facultés des Sciences, il s'est créé, il y a quelques mois, une Association des membres du corps enseignant des Facultés de Médecine, en vue de défendre les intérêts matériels de ses membres et les intérêts supérieurs de l'enseignement.

Cette création, dont l'initiative revient à la Faculté de Lyon, a rapidement abouti au groupement des diverses Facultés.

Le bureau de l'Association a été constitué, sous la présidence du professeur Courmont (de Lyon), les Pr^s Paul Reclus (de Paris), et Gross (de Nancy), étant vice-présidents ; M. Regaud (de Lyon) secrétaire général, et M. Aug. Broca, trésorier.

Le Comité a décidé que la première assemblée générale aurait lieu à Paris, du 2 au 4 avril prochain et a mis en discussion un certain nombre de questions très urgentes.

Cette assemblée vient de tenir ses assises : elle a abouti à des discussions extrêmement intéressantes, auxquelles ont pris part MM. Grasset (de Montpellier), Arloing (de Lyon), Arnozan (de Bordeaux), Gross (de Nancy), Gilbert Ballet, Reclus, Bouchard, Landouzy (de Paris), et au vote de vœux qui ont une grande importance pour les études médicales.

Il nous paraît bon de tenir nos lecteurs au courant de ces discussions, les plus mûries et les plus utiles qui se soient produites depuis quelques années : car elles émanaient de personnes ayant l'expérience de l'enseignement, expérience à laquelle ne peut suppléer (comme on l'a bien vu récemment) la meilleure bonne volonté.

Parmi les questions à l'étude, la plus urgente était relative au Concours d'Agrégation ; c'est de cette question seule que nous parlerons aujourd'hui.

***

On sait que la réforme du Concours d'Agrégation, instamment demandée de tous côtés, a soulevé successivement, et en sens inverse, les protestations véhémentes des Praticiens et des Candidats.

Pour se conformer à l'opinion générale émise de tous côtés, on avait cherché à débarrasser, de bonne heure, les Candidats des connaissances générales indispensables à tout enseignement, pour leur permettre ensuite de se spécialiser à fond. La nécessité de connaissances générales est une conséquence directe du système des spécialisations : car si le futur professeur se spécialise, dès l'Internat, en Otologie, en Gynécologie, en Ophtalmologie, avant d'avoir, en médecine générale, les bases indispensables, il ne fera jamais qu'un ouvrier à l'esprit étroit ; l'inconvénient a été maintes fois noté dans les Universités d'Outre-Rhin. Le principe d'une épreuve où le candidat doit faire, une fois pour toutes, montre de son savoir en médecine générale, a été voté à la très grande majorité par l'Association des Facultés. Il s'agit donc d'un point acquis, dont l'évidence est d'ailleurs indiscutable, si l'on admet le principe des Spécialisations très restreintes.

La question la plus délicate était relative à la nature des épreuves demandées dans ce but. S'agira-t-il d'un examen ou d'un concours ?

On se rappelle que la forme d'un examen avait été la première adoptée, ce qui n'était que logique, puisqu'il s'agissait de simplifier l'ancien Concours et de faciliter le travail personnel.

Mais un mouvement d'opinion, assez impulsif d'ailleurs, se produisit, qui exigea la transformation de cet examen en Concours limité afin de restreindre à quelques privilégiés la valeur d'un nouveau titre. On allait ainsi à l'encontre du but poursuivi, et les partisans de la suppression d'un Concours en exigeaient un de plus.

Aussitôt les protestations changèrent de camp, et ce furent les Candidats astreints à ce Concours supplémentaire qui protestèrent véhémentement et qui firent la grève, comme de vulgaires postiers.

Entre ces deux oppositions, la difficulté du choix de l'Association était considérable.

Deux solutions, en apparence contradictoires, mais faciles à concilier, en réalité, dans une rédaction définitive, ont eu la majorité absolue de l'Association des Facultés : l'une proposée par MM. Grasset et Arloing, l'autre proposée par M. Pachon. Il est vraisemblable que l'élaboration définitive du projet tiendra un égal compte de ces deux solutions.

a) La solution proposée par M. Grasset est celle qui se rapproche le plus du Concours d'Admissibilité, tel qu'il a été établi par décret et tel qu'il n'a pu fonctionner au mois de décembre : mais elle introduit quelques modifications fort heureuses et probablement suffisantes pour sauvegarder divers intérêts.

1° Les épreuves d'admissibilité à l'agrégation comporteraient trois sections (sciences fondamentales, médecine, chirurgie), distinctes quant aux sujets donnés et aux places vacantes.

Il y aurait donc plus de précision dans les programmes, et la concurrence ne s'exercerait plus entre candidats de provenance et d'instruction très différentes.

Les épreuves d'admission ne porteraient, ultérieurement, que sur les travaux personnels et spécialisés des candidats.

2° Le bénéfice de l'admissibilité serait temporaire, et la durée en serait limitée aux trois concours suivants de la même section. L'admissibilité ne pourrait donc pas constituer un titre nouveau.

3° Les admissibles à l'Agrégation ne pourraient plus être nommés, sans autres Concours, à certaines positions dans les Facultés et Ecoles de médecine.

Enfin, comme mesure transitoire, les Concours d'Agrégation, qui doivent commencer de décembre 1909 à mars 1910, se feraient à la date habituelle, mais suivant les anciens règlements, réserve faite des droits récemment conférés aux admissibles des derniers concours. Le premier concours indépendant d'admissibilité n'aurait lieu qu'en 1910.

Le projet Grasset est, on le voit, très libéral : mais il a le grand inconvénient d'instituer un Concours nouveau, portant sur des matières très générales, et par conséquent un peu trop philosophiques et relativement peu précises. Ce Concours, par le seul fait qu'il est un concours, force à la concurrence (donc à la préparation exclusive), à un âge où le travail personnel, pour être fécond, ne doit pas être entravé. Par là même, ce projet conserve de très graves inconvénients, à côté d'avantages incontestables.

b) Le projet Pachon, qui a eu également la majorité (et

qui, dans l'esprit de ceux qui l'ont voté, doit s'allier au premier dans une formule à rechercher) est beaucoup plus souple et beaucoup plus nouveau. Il a surtout plu aux jeunes agrégés, parce que plus révolutionnaire et plus fécond, tandis que les vieux maîtres votaient avec ensemble pour le projet Grasset.

Pachon demande que le droit de concourir aux épreuves spécialisées de l'Agrégation (et chacun dans sa branche propre), soit donné à quiconque aura satisfait à plusieurs *examens* partiels (cinq par exemple), ceux-ci étant passés indépendamment les uns des autres, pendant ou après la scolarité (pendant l'Internat par exemple), et dans les Facultés d'origine.

Sur ces cinq examens partiels, plusieurs seraient fondamentaux et exigibles pour telle ou telle spécialité, les autres étant choisis au gré des Candidats.

En réalité, ce système est celui qui fonctionne dans les Facultés des Sciences.

Dans ce projet, un examen isolé ne sert à rien, ne suffit à rien, ne donne lieu à aucun diplôme nouveau, ni à aucun droit indépendant du Doctorat. Mais une réunion de plusieurs de ces examens donne le droit de concourir à l'Agrégation.

Par exemple, un chimiste pourra, à son rgé, prendre une attestation de Chimie biologique, de Bactériologie, etc., celles de Physiologie et de Pathologie générale étant obligatoires. Un Accoucheur prendra, s'il le veut, des attestations de Médecine opératoire, d'Embryologie, etc., celles de Pathologie interne et externe étant obligatoires, etc., etc.

On voit la très grande souplesse de ce procédé :

1º Il s'agit d'examens et non de concours ;

2º Le candidat s'en débarrasse jeune, partiellement, et quand il le veut, sans entrave aux travaux personnels ;

3º Ces examens ne confèrent aucun droit spécial, pas plus que les attestations similaires de la Sorbonne ou de l'Institut Pasteur et restent uniquement des attestations universitaires.

Espérons que, dans l'élaboration définitive, ce projet, si séduisant, pourra facilement s'associer à celui du Pr Grasset et en pallier les inconvénients.

Espérons aussi que ce projet nouveau (et tant soit peu révolutionnaire pour nos vieilles facultés) sera appuyé et ardemment soutenu par tous ceux qui, en dehors de l'Ecole, trouvent que le système du Concours a trop lourdement pesé sur la Médecine Française, et que ce n'est pas le moment d'en instituer encore un de plus

Dans un autre article, nous parlerons des autres questions, fort importantes, relatives au Privat-Docentisme, aux spécialités, etc., qui ont, elles aussi, été traitées à l'Assemblée des Facultés de Médecine. P. Carnot.

MÉDECINE PRATIQUE

Les points nerveux d'après Cornelius (1). Leur traitement par le massage ;

Par le Docteur **R. S. KOLBÉ**,
Médecin-consultant à Châtel-Guyon.

La question des « *points nerveux* » n'est pas nouvelle. Elle a été étudiée par plusieurs auteurs d'une valeur scientifique indiscutable. Nous connaissons tous ces points dans une modalité particulière sous la dénomination de *points douloureux* dans les névralgies, depuis les belles études de *Valleix*. Ce sont des points douloureux périphériques, réagissant à la compression aux endroits généralement plus accessibles aux traumatismes extérieurs et intérieurs inconscients, au palper médical ou à un choc traumatique extérieur apparent. Ces *points sensibles*, dans une autre modalité, sont encore connus sous les dénominations d'*algies périphériques de Benedikt* et de *zones de Head*.

Tout dernièrement, en France, *Wettervald*, dans une communication intéressante au 1er Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française (1) avait décrit un syndrome nerveux polymorphe sous la dénomination de *névralgies du tissu cellulaire dites « sine materia » et causées par l'œdème.*

Wettervald arrive à cette conclusion que le *siège des névralgies* est le *tissu cellulaire*, que son *symptôme subjectif* est la douleur et que le symptôme objectif est l'*œdème*.

Il considère comme origine des cellulites un trouble vasomoteur ; il conseille comme traitement logique et efficace le traitement physique : la kinésithérapie en particulier. Le mécanisme d'action de la thérapeutique physique est pour lui une action générale par la répercussion sur la circulation générale, et l'action locale est la disparition de l'œdème et des noyaux douloureux.

Nous verrons bientôt que Cornelius décrit aussi les points douloureux dans la périphérie, qu'il conseille une thérapeutique physique par le massage, qu'il obtient des résultats thérapeutiques évidents, mais qu'il ne localise pas les points nerveux « *exclusivement* » dans le tissu cellulaire ; qu'il décrit, au contraire, des points profonds et qu'il ne parle de l'œdème que dans les fluxions éphémères du rhumatisme musculaire. *Cornelius, Thure-Brand, Ziegenspeck*, aussi bien que *Wettervald*, *Stapfer* et d'autres, connaissent les *algies utérines, péri et para-utérines*, mais ils les expliquent d'une autre façon. Cornelius admet en thèse générale les affections nerveuses consécutives à la formation d'une cicatrice, qui comprime le nerf atteint. Cette cicatrice est bien apparente dans une blessure (fig. 1), par une arme blanche par exemple ; elle est invisible dans la goutte, le rhumatisme chronique, etc., très probablement consécutive à des restes de fluxions inflammatoires, etc.

D'ailleurs, Cornelius ne semble pas tenir outre mesure à sa théorie pathogénique et il se déclare tout disposé à accepter toute autre interprétation qui satisferait mieux les observations de la clinique. Il avait déjà décrit, il y a 7 ans, des *points de compression* et avait plus tard publié un autre article important « *des nerfs et des cicatrices* ». Ses observations n'ont pas eu de succès, car elles étaient en contradiction avec les théories courantes, à savoir : que les points de compression périphériques n'étaient que des symptômes subjectifs, souvent imaginaires, qu'en somme c'était le système nerveux central qui était seul responsable de ces manifestations périphériques *sine materia*. Le *massage des nerfs* de *Cornelius*, malgré ses résultats thérapeutiques, n'a longtemps rencontré qu'indifférence et hostilité. Son innovateur, n'appartenant pas au monde officiel, est resté ignoré jusqu'au jour où ses succès thérapeutiques ont attiré l'attention de l'autorité compétente, qui vient de le récompenser par un *service à l'Hôpital Universitaire* de la *Charité de Berlin*. Maintenant qu'il est en évidence, la faveur publique lui vient au-delà de ses désirs : les malades et les élèves affluent chez lui. Mais sa méthode étant nouvelle et sa technique particulièrement délicate, *Cornelius*, très sagement, n'admet comme élèves que des médecins. Nous avons eu l'occasion de voir à l'œuvre ce distingué confrère, ainsi qu'un de ses nombreux élèves, le Dr *Scholz*, et nous voudrions donner sur sa méthode quelques renseignements sommaires, en utilisant, en dehors de nos observations personnelles, cet ouvrage dont il est l'auteur : *Nervenpunkte*, etc , *Leipzig* 1909. *Editeur Georg Thieme*. Pour

(1) Bien qu'il s'agisse de faits assez contestables, ce curieux article est intéressant en raison de la vogue dont jouit actuellement la méthode de Cornelius de l'autre côté du Rhin (N.D.L.R.).

(1) *Revue de Cinésie*, mai 1903.

plus de clarté à notre résumé, nous reproduisons un cas typique de cette publication (fig. 1 et fig. 2).

Cornelius avait remarqué que, non seulement dans les névralgies il y avait des *points douloureux* (pour lui ce sont, en thèse générale, des *points de compression ou des points nerveux*), mais que d'autres algies fixes moins intenses se manifestaient spontanément par des sensations de malaise, de tiraillements, de douleurs de caractères variables. En effet, lorsqu'on palpe à certains endroits un sujet atteint de douleurs vagues, on trouve des *points* sans connexion apparente qui se manifestent même sans une pression considérable. Celle-ci doit naturellement varier d'après la profondeur du point douloureux.

Ces *points nerveux* sont même douloureux pendant les fonctions physiologiques, telles que les contractions musculaires, la marche ordinaire, les changements atmosphériques, l'humidité, la pléthore (menstruation) ; la chaleur, le surmenage corporel ou intellectuel, l'émotion, agissent de la même façon.

Somme toute, ce sont des *symptômes* en apparence *subjectifs*, mais en réalité aussi *objectifs*, sur lesquels la *théorie psychogène* régnante passait outre ou détournait l'attention du malade (classé souvent parmi les imaginaires) par une *psychothérapie* très palliative.

Les « points nerveux » se trouvent chez les neurasthéniques, les rhumatisants, les hystériques, les arthritiques, les intoxiqués chroniques, etc. ; ils sont superficiels, mais ils peuvent aussi être profonds et distribués dans les viscères intérieurs, ils correspondent souvent au parcours des grandes branches nerveuses ou en apparence sans relation avec elles ; ils sont d'habitude nombreux (on en a enregistré 200 à 300 pour le même sujet).

Ces points nerveux sont très inquiétants, lorsqu'ils simulent des maladies organiques : des cardiopathies, des ulcères de l'estomac, des appendicites.

Nous avons précisément en ce moment comme malade un ami peintre, très préoccupé d'un trouble cardiaque pour lequel il n'y a aucune cause organique et fonctionnelle. De simples points nerveux dans la région thoracique et un dans la région précordiale sont les seuls symptômes constatés.

Les *points nerveux* doivent être classés d'après leur *irritabilité locale* et d'après leur *action à distance*, bref, d'après leur irradiation dans les différentes régions de l'organisme, soit dans la direction centripète, soit dans la direction centrifuge. Ces deux manifestations existent séparément ou conjointement ; elles ne sont pas toujours concordantes ; pour *Cornelius*, l'action à distance est plus importante que l'action locale. Les points nerveux à irradiations sont plus difficiles à combattre que les points fixes. Il divise les *points nerveux sensibles* (sensibilité douloureuse) en 3 groupes :

Ier groupe : Ceux qui sont sensibles sur le point de compression sans aucune irradiation.

IIe groupe : Ceux dont la douleur se propage sur le parcours du même nerf, sur le même côté de la tête, du tronc ou qui reste limité à la même extrémité.

IIIe groupe : Ceux dont la douleur se propage sur l'autre moitié du corps ou sur l'autre extrémité.

D'après *l'intensité*, on peut diviser les points nerveux en points d'*intensité simple*, d'*intensité moyenne* et d'*intensité considérable*.

Les *points nerveux à réactions centrifuges* sont toujours découverts par les *points sensitifs* ; ils n'ont pas besoin d'être spécifiés, on fait bien de marquer à la marge du point en question le genre de manifestations centrifuges, par exemple : contraction musculaire, dilatation pupillaire, troubles vasomoteurs et de tension sanguine, etc.

Pour donner un aperçu général d'une observation clinique, nous reproduisons un cas de Cornelius avec ses signes pour les points nerveux, qui s'inscrivent dans la feuille clinique, à mesure qu'on les découvre.

Voici une observation clinique (fig. 1 et 2).
Nom : M. H.
Profession : Employé.
Age : 24 ans.
Diagnostic : Epilepsie par excitation périphérique après une plaie par arme blanche sur la région frontale droite.
Nombre des points nerveux sensibles, 92.
Nombre des massages (importants) : 56.
Nombre des massages secondaires du crâne : 15.
Marche du traitement : Aucun accès épileptique depuis 4 mois. Points nerveux disparus ; cicatrice à peine sensible. (Ce malade n'a pas été revu depuis, mais d'après les dernières nouvelles, il n'a eu aucun accès, 4 ans après le traitement). Depuis 2 ans, on n'a pas de nouvelles de lui.

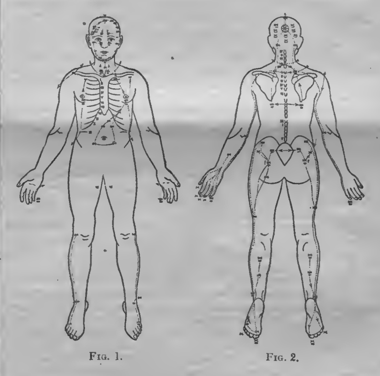


Fig. 1. Fig. 2.

Explication des signes pour les points nerveux.

- ✕ Point nerveux, 1er degré (sans irradiation).
- ⋇ Point nerveux, 2e degré (avec irradiation sur le même côté, etc.).
- ✱ Point nerveux, 3e degré (avec irradiation sur l'autre côté, etc.).
- -------- Les lignes pointillées indiquent la propagation.
- ! Points nerveux profonds.
- ⊛ Point nerveux à irradiation circulaire.
- ✕ Point nerveux d'une intensité simple, *non souligné*.
- ✕ Point nerveux d'une intensité moyenne, souligné *une fois*.
- ✕ Point nerveux d'une intensité considérable, souligné *deux fois*.
- ✕ Point de chatouillement.

La technique du massage des points nerveux.

La compréhension d'une description sommaire de la technique du massage des points nerveux sans l'avoir vu pratiquer est très difficile. Le massage des nerfs est facile pour celui qui est doué d'un toucher exquis, pour saisir, même sans l'intervention manifeste du malade (la meilleure défense contre les simulateurs), *l'onde musculaire de défense autour du point nerveux*. On peut être un masseur parfait sans posséder ce toucher particulier. Lorsqu'on connaît cette onde musculaire, il est indifférent par quelle technique on la saisit.

Il faut éviter tout ingrédient lubrifiant pour faciliter le glissement du doigt, car cette substance (talc, vaseline, pou-

dre d'amidon; amortit la sensibilité si nécessaire pour la localisation du point nerveux. Les ongles doivent être coupés court. On place les doigts, index ou médius, de manière que l'articulation métarcarpo-phalangienne se trouve dans un angle de 120 degrés, tandis que la dernière phalange est surétendue ; ainsi la pulpe la plus sensible du doigt repose sur le malade et l'ongle ne le touche pas. Les mouvements de rotation circulaire pendant la recherche des points douloureux se font dans l'articulation du doigt et de la main, mais nullement dans le coude. En présence de points profonds on emploie le pouce. La musculature *entière* du bras doit être en relâchement, car autrement la finesse du toucher en souffrirait, mais surtout, parce qu'on se fatigue après dix minutes de massage.

Cette économie des forces est difficile à apprendre. Le *médecin masseur doit être assis*, en dehors du massage de la tête et du cou. Il perd beaucoup de sa finesse de toucher, s'il doit garder l'équilibre en se tenant debout.

Pour le malade, il faut choisir une chaise longue plutôt douce. On masse alternativement de la main droite et de la main gauche. La pression du doigt ne doit jamais être assez intense pour éveiller une véritable douleur. Le dosage de cette pression est chose délicate et ne s'apprend qu'avec la pratique. On se rend compte de la *sensibilité générale* du *malade* par une *pression d'épreuve* dans l'angle interne de l'œil ou sur le front.

Pour rechercher cette sensibilité générale, on se place derrière le malade assis, et en embrassant des deux mains les deux côtés du crâne, on comprime avec l'extrémité des deux doigts index l'angle interne et supérieur de l'orbite, jusqu'à ce que le malade se plaigne modérément. C'est la pression type *moyen* à employer, qui variera d'intensité d'après les régions musculeuses, etc. Une personne à points nerveux a, sous l'influence du massage, une sensation de douleur alors qu'une personne normale ne sent que la pression. D'ailleurs les malades se rendent parfaitement compte de la différence de sensation entre une *pression anormale exagérée* sur un *nerf non atteint* et une *pression* qui provoque la *douleur* sur *un point nerveux.* On fait bien de commencer par un effleurage avec la main posée à plat sur la région, avant de rechercher les points nerveux par le massage au moyen d'un va-et-vient ou d'un mouvement circulaire du doigt.

La jugulation progressive des points nerveux par le massage exige une expérience clinique qui ne peut pas être acquise rapidement. Le médecin règle la durée de chaque séance et la fréquence des massages d'après la réaction qu'il constate sur chaque malade. En somme, il s'agit d'une posologie minutieuse individuelle, variable d'une séance à l'autre. L'irritabilité des points nerveux dicte le degré de la pression et de la durée du massage ; on commence par les points superficiels et on finit par les points plus profonds. Il n'est pas avantageux de se partager le massage total des points nerveux d'après des zones déterminées. D'une séance à l'autre on posologue le massage en se guidant sur la réaction antérieure car, si le malade résiste bien sans insomnies, sans excitation nerveuse, le masseur peut prolonger de quelques minutes le massage. Dans le cas contraire il doit abréger sa séance et même l'interrompre temporairement. Il faut procéder par tâtonnement. C'est un jeu d'avance et de recul très passionnant, mais qui ne s'apprend qu'avec une certaine difficulté. Au début, plus d'un malade, traité trop brusquement, se décourage et abandonne une thérapeutique qui, avec de la prudence et de la patience, aurait conduit à la guérison. La durée de chaque séance dépend aussi du nombre des points nerveux du malade. Chaque séance dure environ 15 minutes et ne doit jamais dépasser une demi-heure.

Il est évident que dans ce laps de temps limité on ne peut pas masser tous les points nerveux, lorsque le malade en a plus de 50 à la fois ; on se contentera alors de calmer les plus douloureux et de porter les moindres à la réaction. Rigoureusement, il faudrait traiter chaque point nerveux jusqu'à disparition de la douleur. Il est bon de pousser pendant le traitement la pression nerveuse au-delà de la réaction à la pression normale. Cette pression normale est déterminée arbitrairement pour chaque individu et pour chaque séance par une certaine pression dans l'angle interne de l'orbite, comme nous l'avons déjà dit, ou par la pression sur un nerf non malade. Elle doit tout juste donner la sensation de pression, mais nullement de douleur. Les douleurs au cours du traitement ont parfois des tendances à s'exaspérer ; il faut connaître cette circonstance afin de ne pas se décourager. Chez les femmes, il faut cesser le massage pendant la période menstruelle. En général, il ne faut pas cesser le massage au commencement du traitement. Après 5 à 6 semaines on peut espacer les séances 10 à 15 jours et lorsqu'on remarque qu'il y a une certaine somnolence des points nerveux après cet intervalle, on est autorisé à considérer comme atteint le point culminant de la massothérapie.

Aucun pronostic certain sur la durée du traitement ne peut être établi. Par contre, le résultat thérapeutique favorable à plus ou moins longue échéance est presque toujours assuré. Lorsque de nouveaux chocs nerveux, ou la marche progressive de la maladie constitutionnelle, ou une maladie intercurrente, affaiblissent le malade, quelques points nerveux réapparaissent, mais alors un petit nombre de séances de massage en auront raison. C'est que la cure antérieure avait protégé le malade contre les agents morbigènes et les épreuves courantes de la vie, mais ne suffisait pas à le garantir des crises exceptionnelles, causées par des chocs psychiques et morbigènes intenses. Il ne faut pas oublier un traitement causal de la maladie fondamentale. En cas d'incurabilité de celle-là, il reste encore assez de ressources dans la thérapeutique palliative des points nerveux par le massage.

Ce résumé démontre que le massage des nerfs est un art élicat pour lequel il faut encore posséder une expérience clinique ; un toucher parfait, inné le plus souvent, mais qu'il n'est pas impossible d'acquérir par la pratique, est pour le médecin un don précieux. *Cornelius* soutient, et nous sommes de son avis, que le massage des nerfs, exigeant des soins minutieux, ne doit être fait que par des *médecins* ; il n'est pas encore à son apogée, mais déjà ses bienfaits apparaissent aux nombreux névropathes que la croyance actuelle rendait victimes de la tyrannie du centre nerveux comme l'étaient jadis, à un autre point de vue, les pauvres aliénés. *Cornelius*, par l'étude des points nerveux, a démontré l'existence de *symptômes objectifs* dans les maladies à répercussion nerveuse périphérique cutanée et viscérale, dont on ne décrivait que des *symptômes subjectifs et psychogènes*.

Il nous a semblé que nous devions connaître ces idées nouvelles pour les appliquer le plus tôt possible autour de nous et en faire profiter tant de malheureux entretenus dans cette erreur, que le cerveau est le siège unique de certains maux incurables. La vérité, qu'il faut leur dire, c'est que nous pouvons par une physiothérapie rationnelle guérir à la fois la périphérie et le centre (cerveau) et rendre à leurs travaux habituels des individus invalides et désespérés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars.

A propos des injections intraveineuses de strophantine. — M. ***Chauffard*** a obtenu dans certains cas de bons résultats, tandis que dans un autre cas, asystolie au dernier degré, l'insuccès était complet. Dans un autre cas, chez un jeune homme asystolique non en danger, la mort survint avec vomissements et accidents tétaniques à la suite d'une injection intramusculaire d'un 1/2 milligr. de strophantine. M. Chauffard ne partage pas l'optimisme exprimé par M. Vaquez sur l'emploi de la strophantine.

M. ***Barbier*** rappelle les conclusions de Trogar à la Société thé-

rapeutique ayant trait aux contre-indications de la strophantine : certains sujets ne réagissent pas à une première injection du médicament et se trouvent à l'égard d'une deuxième injection dans un véritable état d'anaphyllaxie ; la strophantine ne convient pas aux artériels ; la composition de certaines strophantines n'est pas connue.

M. *Hirtz* préfère les injections intramusculaires, moins douloureuses, mais ne partage pas non plus l'optimisme exprimé par M. Vaquez. Il a observé un cas de mort une demi-heure après l'injection.

Maladie de Recklinghausen. — M. *Oulmont* présente un malade atteint de pigmentation avec de gros nodules. Il s'agit d'un tuberculeux, avec malformations craniennes, intelligence bornée.

Frémissement hydatique transthoracique. — M. *Chauffard* présente un malade, boucher, dont le foie augmente depuis 4 ans, qui a présenté de l'urticaire. La percussion de la région hépatique antérieure provoque dans la région dorsale correspondante un frémissement ondulant, que Chauffard dénomme le frémissement transthoracique.

Lésions encéphaliques expérimentales par irritation méningée. — MM. *Claude* et *Lejonne* ont obtenu par injection sous la dure-mère crânienne d'une solution forte de Cl^2Zn (1/500) des réactions encéphaliques intenses (hémorrhagies, thromboses, ramollissement, œdème) non seulement sur le cortex, mais aussi dans la substance blanche. Ces faits corroborent les observations anatomo-cliniques. L'absence de symptômes, observée pendant l'évolution des lésions expérimentales, confirme un autre fait clinique en éclairant la pathogénie des affections nerveuses survenant dans un temps plus ou moins long après un traumatisme méningé.

Traitement de plusieurs cas d'épithélioma de l' œsophage par les applications directes de radium. — MM. *Guisez* et *Barcat* : les auteurs ont observé la disparition des principaux troubles créés par ces néoplasmes à la suite d'applications de radium.

Gangrène du gland. — MM. *Queyrat* et *Pinard* présentent ce malade : ancien syphilitique, a depuis 1908 une ulcération rebelle du gland et du sillon balanopréputial : à la suite d'une hémorrhagie au niveau de l'ulcération, le gland devint noir, se sphacéla et la nécrose atteint les corps caverneux. Rien de spécial au point de vue bactériologique.

Intoxication par le sous-nitrate de bismuth. — M. *Lion.* — Pour expliquer les intoxications graves, l'auteur invoque, en dehors des raisons anatomiques, la constitution chimique du sous-nitrate de bismuth (17 à 24 % d'acide azotique). On évitera les accidents en lavant le sous-nitrate à l'eau bouillante en présence du carbonate du soude. Ce bismuth neutre ne dégage plus que 4 % d'acide azotique en présence d'un suc gastrique hyperacide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1909.

Diagnostic des kystes hydatiques. — M. *Delbet.* — M. Weinberg m'a remis une note sur l'emploi de la réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques. Il fait remarquer qu'il a été le premier, avec M. Parvu, à appliquer cette méthode qui lui a toujours donné les résultats les plus précis et les plus nets.

M. *Walther.* — M. Weinberg a fait plusieurs fois dans mon service le diagnostic de kyste hydatique par ce procédé. La réaction fut positive dans un cas où il n'y avait pas d'éosinophilie et il s'agissait bien de kyste hydatique. Sur des malades opérés antérieurement de kyste hydatique, la réaction a été négative dans un cas ; elle a été positive dans un autre. Je garde ce malade en observation.

M. *Villemin.* — J'ai observé un cas dans lequel la réaction a été des plus nettes et des plus précises.

M. *Legueu.* — La réaction fut positive dans un cas de kyste hydatique du rein et elle l'est encore deux mois après l'intervention, ce qui semble indiquer que les anticorps persistent assez longtemps.

M. *Guinard.* — La réaction a été positive chez 2 anciens opérés, l'un il y a 7 mois, l'autre il y a 3 mois. Dans un cas de kyste hydatique mort de la fosse iliaque, M. Weinberg a trouvé une réaction positive mais faible.

M. *Lejars.* — Je puis ajouter aux 5 cas que je signalais à la dernière séance un nouveau cas de kyste rétro-vésical où la réaction faite par M. Parvu a prouvé qu'il s'agissait de kyste hydatique.

M. *Launay.* — Chez un enfant opéré il y a 4 mois, on a trouvé la réaction positive sans que rien puisse faire soupçonner une récidive.

Traitement des plaies de poitrine. — M. *Rochard.* — Je ne suis partisan de l'intervention que dans les cas graves où il y a une hémorragie manifeste et sérieuse. L'état de shock lorsqu'il est seul en cause s'atténue vite et disparaît quand le malade ne saigne pas. C'était probablement le cas pour les malades dont M. Routier nous a apporté l'observation.

M. *Sieur.* — Les armes de guerre donnent des blessures tout à fait différentes de celles que l'on observe généralement dans la pratique civile. Etant donné les conditions dans lesquelles on se trouve placé je crois que l'abstention doit être la règle, car même si on constate une hémorragie grave, l'intervention est bien difficile et les résultats de l'abstention sont tels qu'il faut éviter de les compromettre par des manœuvres intempestives. Quant à l'hémorragie retardée, elle nous semble nettement commander l'intervention.

M. *Thierry.* — On peut distinguer 3 catégories de cas : 1° ceux dans lesquels il n'y a pas de signes d'hémorragie grave, cas dans lesquels l'abstention est la règle ; 2° ceux où il y a une plaie large. Ici l'intervention est souvent indiquée parce que la paroi saigne ; 3° ceux où le malade est gravement shocké et où on ne sait si la gravité de son état est due à une hémorragie grave, mais maintenant arrêtée, ou à une hémorragie qui continue. En pareille circonstance l'auscultation donne des signes assez précis mais difficiles à rechercher. Je crois que l'injection de sérum dans les veines donne un signe assez précis ; si après cette injection l'état du malade s'améliore, on peut attendre ; sinon, il faut opérer.

M. *Tuffier.* — On se heurte souvent à de graves difficultés. On a amené il y a 10 jours, dans mon service, un blessé qui s'était tiré dans la poitrine 2 coups de revolver. Je le vois quelques heures après et trouve 2 plaies siégeant 1 cent. au-dessous du mamelon gauche. Pas de traumatopnée ; pas d'orifices de sortie. L'intervention est jugée indispensable. Volet thoracique à charnière externe. Au niveau des orifices d'entrée, le poumon est adhérent et indécollable. On trouve et suture 4 plaies au niveau de la scissure interlobaire, et 2 plaies de sortie. Mais les plaies d'entrée qui ne peuvent être suturées continuent à saigner et le malade mourut 2 heures après.

Présentation de malades — M. *Morestin* présente une malade qui, au cours d'une occlusion chronique, eut des accidents nerveux très graves : inconscience, tétanie, etc. Il fit une fistulisation cœcale. Peu après survint un délire extrême avec confusion mentale. Une laparotomie faite ultérieurement montra que le côlon transverse, à l'angle splénique, présentait un diverticule encastré dans le mésocôlon et contenant une énorme scybale. Ce diverticule fut réséqué et la fistule cœcale refermée. La malade a parfaitement guéri et a repris toute sa lucidité d'esprit.

M. *Tuffier* présente un malade qu'il a trépané largement pour un début de méningo-encéphalite après traumatisme. Il a eu longtemps une aphasie motrice complète qui est maintenant complètement guérie.

Ch. Le Braz.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A Bordeaux : La conférence de M. Sorel sur « l'Agrégation ou le Privat-docentisme ».

Bien qu'annoncée tardivement, la conférence que M. Robert Sorel (de Dijon), membre du Conseil de vigilance du Congrès des Praticiens, a faite à Bordeaux, le samedi 29 mars dernier au soir, à l'Athénée municipal, avait attiré un nombreux public d'étudiants, de professeurs et d'agrégés.

Un peu avant 9 heures, le Dr Lande, professeur à la Faculté de médecine, président de la réunion, ouvre la séance, et, dans un court préambule, retrace les principales phases de la crise que traverse la médecine actuelle ; il montre que du haut en bas de l'échelle médicale, depuis le plus modeste praticien jusqu'au professeur le plus titré, depuis le plus jeune étudiant jusqu'au maître de l'université le plus vénérable, tous cherchent une amélioration aussi bien des méthodes d'enseignement que du sort de plus en plus lamentable du médecin. C'est dans l'intention d'activer la réalisation des réformes nécessaires, ajoute t il, que M. Sorel est venu de Dijon à Bordeaux afin de nous exposer ses idées généreuses, je lui donne la parole.

Le Dr Sorel, se levant à son tour, entre aussitôt dans son sujet. Nos lecteurs connaissent ses idées, qu'il a déjà exposées dans ces colonnes (1), aussi les résumerons-nous simplement en quelques mots.

Centralisation, bureaucratie, routine, enseignement purement livresque, donné par une caste fermée à tout progrès, pathos et charabia, négation de toute idée pratique, concours de récitation et effets faciles de mémoire, leçons mal faites et non suivies parce que non rétribuées par les élèves, par suite manque de ressources et d'argent, absence de locaux d'instruction et de laboratoires, cristallisation et abêtissement progressif des générations médicales actuelles, pauvreté cérébrale de l'agrégation en général et... richesse d'esprit de chaque agrégé en particulier, lequel pourtant n'est pas autre chose qu'un descendant direct des Diafoirus (car pour M. Sorel, le discours de Thomas Diafoirus est une leçon d'agrégation) ; voilà en quelques lignes le régime sous lequel nous vivons, (toujours d'après l'orateur), et pourquoi aussi, notre fille est muette.

Par contre, avec le privat-docentisme, apparait l'âge d'or, sous un ciel étoilé : décentralisation, libéralisme et liberté, enseignement pratique par excellence, études remarquables, recrutement de premier choix sans efforts purement mnémotechniques, intelligence générale et valeur intrinsèque des professeurs rehaussées au moyen du paiement des cours par les élèves, laboratoires et services richement outillés, disparition du diafoirisme et des fils à papa, enseignement parfait enfin, voilà ce qui nous est promis.

Orateur souple et élégant, s'exprimant avec une conviction soutenue, le geste harmonieux, maniant avec aisance une parole pleine de charme qu'il nuance à merveille, jonglant en véritable virtuose avec ces mots ensorceleurs de progrès et d'idéal qui électrisent toujours notre pauvre humanité assoiffée éternellement de rêves creux, venant à la foule praticienne comme le mandataire, tout humble et tout soumis, de ces apôtres vigilants qui, depuis 3 ou 4 ans, parcourent la France pour régénérer la médecine de notre malheureux pays, plein des abus du temps présent et des beautés éthérées de la cité future qu'il voudrait établir dans le royaume d'Hippocrate, tour à tour attendri et ironique, paradoxal, littéraire, spirituel, mordant et incisif sous une avalanche de fleurs à l'essence subtile..., — comment ce brillant diseur qu'est notre confrère Sorel n'aurait-il pas eu du succès ?

Son succès fut donc très vif, mais ce ne fut qu'un succès de fort joli parleur : on s'en aperçut bien quand vint la discussion.

Après quelques mots fort justes du professeur Coyne qui, tout en rendant un hommage mérité aux choses d'Allemagne, fit remarquer avec raison qu'une grande partie des desiderata présentés par le conférencier étaient acceptés par le corps enseignant actuel — et que même certains étaient déjà mis en pratique (à Bordeaux tout au moins), — le professeur agrégé Mongour monta à la tribune.

« Je ne comprends pas, s'écria-t-il en substance, la tactique du Comité des praticiens : où nous cherchons l'union, il sème la discorde. Que sert de nous couvrir de fleurs au particulier pour déverser sur nous, au général, une bile épaisse et amère ? Si on veut nous déclarer la guerre, qu'on le dise franchement : au moins, nous aurons en face de nous des ennemis loyaux. Pour moi, qui ne sais point déguiser ma pensée, je ne puis distinguer sous les paroles ailées de notre confrère Sorel qu'un seul mobile, qui est la jalousie, car, à moins d'être naïf qui peut être dupe du système réformateur qui nous est tant vanté ? Le professeur His (de Berlin) — dont l'autorité scientifique se suffit à elle-même — m'a dit à moi-même que le privat-docentisme, tel qu'il existe actuellement en Allemagne, est un moyen déplorable de recrutement professoral, qu'il était l'apologie du favoritisme dans ce qu'il a de plus odieux et que, pour en donner un seul exemple, il lui suffisait de remarquer qu'en ce moment, à Berlin, quand on n'était pas élève de Leyden ou de Neisser, on avait les plus grandes chances de ne jamais être privat-docent.

« Vous nous dites, mon cher confrère, que, pour être agrégés, nous récitons des leçons archaïques apprises par cœur ? Cela, je ne l'accepte pas, ou bien alors convenons tout de suite qu'il n'existe pas d'orateur, qu'on récite par cœur des phrases toutes faites comme vous, par exemple, en ce moment, récitez une conférence. — Et cette pratique, à quoi se réduit pour vous toute la médecine, croyez-vous qu'elle puisse être comprise sans idées générales ? Je reste partisan convaincu de la pathogénie générale, fil conducteur de toute pratique médicale intelligente. « Suis-je, pour cela, complètement satisfait du système actuel ? Non, certes. Des améliorations sont nécessaires, indispensables, mais comme vous le disait tout à l'heure le professeur Coyne, nous ne demandons pas mieux que de les réaliser. « C'est pourquoi, je le répète, ce débat m'est pénible : car au lieu de s'adresser aux institutions, il s'adresse aux hommes, au lieu d'être élevé, il devient personnel, puisque, sous vos pompeux éloges, vous ne cherchez qu'à nous ridiculiser ! »

Le Dr Cruchet prit ensuite la parole. « Il y a un moyen bien simple, déclara-t-il, de connaître d'avance les résultats du privat-docentisme. Il suffit : 1° de regarder ce qui se passait en France avant 1789, époque où existait le privat-docentisme ; et 2° de contrôler sur place les résultats qu'il donne actuellement dans les pays de langue allemande, où il règne encore en maître.

Sur le premier point, les documents qui nous ont été conservés nous prouvent que les professeurs nommés au choix constituaient une véritable caste privilégiée, dont le premier des mérites était d'être en faveur auprès du Roi, de l'Empereur ou de leurs amis qui disposaient des places à leur fantaisie ; de vieilles ordonnances nous démontrent aussi que les professeurs, payés alors par leurs élèves, en profitaient : certains, pour écraser de cachets onéreux leurs malheureux disciples, certains autres, pour les attirer au moyen de leçons de vulgarisation facile où l'anecdote et la grivoiserie remplaçaient la science.

Sur le deuxième point, il est manifeste qu'en Allemagne et en Autriche, le privat docentisme est l'apologie du favoritisme : M. Cruchet qui a publié, ici même (1), les résultats d'une enquête personnelle, reproduit ses principaux arguments ; il ajoute qu'une contre-enquête faite ultérieurement par les soins du Dr Leredde est, pour lui, dénuée de toute valeur. On a, en effet, demandé leur avis aux professeurs titulaires lesquels, vivant du privat-docentisme, ne peuvent que le trouver parfait ; quant aux quelques privat-docents qui ont répondu, la plupart, en habiles, sachant que leurs noms seront publiés, ont eu la courtisanerie de louer un système qui, en flattant l'amour-propre de leurs maîtres, les disposeront un peu mieux en leur faveur ; quelques-uns cependant, — minorité infime, qui s'en étonnerait ? — ont convenu que le système était mauvais : et cela doit suffire pour le condamner irrémédiablement. Quant au paiement des cours par les étudiants, M. Cruchet, lui, ne faisant encore que répéter, en partie, la démonstration donnée ici par moi dans l'article cité plus haut, nous y renvoyons le lecteur.

Enfin, le professeur agrégé Verger, intervenant à son tour, après avoir protesté contre le procédé qui consiste à ne parler dans le concours d'agrégation que de l'épreuve de mémoire, alors que d'autres épreuves (épreuves de titres, épreuves de malades, épreuves pratiques), jouent un rôle souvent plus important — se borne à poser à M. Sorel la question qui suit : *De quel privatdocentisme est partisan le conférencier* ? « Pour ma part, ajoute Verger, j'en connais au moins trois jusqu'à ce jour : le premier est le privat-docentisme allemand dont on vient de nous indiquer les bienfaits ; le second est celui de M. Roux dont seraient bénéficiaires ceux ayant un service d'hôpital ou un laboratoire ; le troisième enfin, qu'on pourrait appeler le *pan-privat docentisme*, est celui de M. Leredde, qui conviendrait à tout le monde. La question que je pose a bien son importance, termine Verger, car pour discuter d'un système, il faut nécessairement savoir en quoi il consiste : et c'est ce que notre confrère ne nous a pas encore dit. »

M Sorel se leva alors pour répondre à ses contradicteurs ; mais il se borna à affirmer à M. Mongour qu'il n'avait jamais voulu soulever un débat personnel, et à s'étonner auprès de M. Cruchet des résultats de son enquête ; quant à la question de M. Verger, elle demeura sans réponse... Ah ! très spirituel confrère Sorel, serait-ce que votre fille, elle aussi, serait devenue muette ?

TRISSOTIN.

(1) In *Progrès Médical*, 31 oct. 1908.

(1) La crise médicale et le privat-docentisme, 19 sept. 1908.

REVUE GÉNÉRALE

La Prostate ;

(*Fin.*) (1)

Par MM. LÉVY (Edmond) et SORREL.

Internes des hôpitaux de Paris

Rapports de la prostate avec les organes qui la traversent.

La prostate est traversée de haut en bas et d'arrière en avant :
1° Par l'urèthre ;
2° Par les canaux éjaculateurs.
3° Par l'utricule.

L'urètre qui fait suite immédiatement au col de la vessie, pénètre en effet dans la masse prostatique. Mais il s'en faut de beaucoup que le conduit urétral se confonde avec l'axe de la glande.

Plus rapproché en haut de la face antérieure, en bas de la face postérieure, il croise en X cet axe.

Le conduit urétral n'a pas un calibre égal partout ; cette irrégularité tient à la direction différente de ses parois. La paroi antérieure est presque rectiligne.

La paroi postérieure descend oblique en bas et en arrière, puis, après un trajet de 1 cent. et demi, oblique en bas et en avant, ainsi se trouve constituée une cavité irréguliérement ovoïde, le sinus prostatique.

Si l'on pratique des coupes perpendiculaires à l'axe de la prostate pour préciser la distance qui sépare le conduit urétral de la circonférence de la glande, on trouve des rayons trés inégaux,

D'après Albarran :
Le rayon médian antérieur est de 4 mm. ;
Le rayon médian postérieur de 18 mm. ;
Le rayon transverse de 16 mm.
Le rayon oblique en dehors et en arriére de 24 mm.

De ces mensurations il était classique de déduire un fait pratique. Si en dilatant le canal prostatique de manière à lui faire atteindre, comme cela est possible, un calibre de 15 mm. on utilise le diamètre oblique, on obtient par cette incision un orifice de 72mm. de circonférence permettant d'extraire aisément un calcul de 24 mm. de diam.

Mais ces mensurations ont perdu de leur importance depuis que les tailles périnéales ont été délaissées au profit de la lithotritie et de la taille sus-pubienne.

Lorsqu'on incise la paroi antérieure de cet urétre, on découvre sa paroi postérieure qui présente une saillie oblongue et médiane large à sa partie moyenne, effilée à ses extrémités, c'est le veru montanum.

Cette saillie modifie le calibre de l'urétre. Vu sur une coupe, celui-ci en effet présente à ce niveau l'aspect d'un croissant à concavité postérieure.

L'extrémité supérieure du veru s'effile et se termine par deux prolongements ou freins, qui viennent mourir au col de la vessie.

L'extrémité inférieure se perd dans l'urèthre membraneux en formant « la crête urétrale » qui est parfois bifidé à sa terminaison.

Au sommet du veru, dit Albarran, une pointe mince et allongée suivant l'axe conduit dans l'utricule prostatique.

De chaque côté, deux petits orifices indiquent l'embouchure des canaux éjaculateurs.

Enfin plus en arriére débouchent les orifices des canaux prostatiques. Riolan en comptait trois, Jarjavay, 7 à 8 de chaque côté. Mais Sappey a montré que chaque dépression contient 3 ou 4 orifices, ce qui ferait 45 à 50. Ces orifices sont rangés de chaque côté du veru. Griffiths décrit en outre des orifices spéciaux situés à la partie supérieure du veru et correspondant au groupe sous-cervical décrit par Albarran, mais ce sont des glandes urétrales, il ne faut pas les décrire comme orifice des glandes prostatiques vraies.

2° Les *canaux éjaculateurs* libres au-dessus de la prostate placés dans cette atmosphère conjonctivo-musculeuse formée par l'aponévrose de Denonviliers ne tardent pas à pénétrer dans la masse prostatique, séparés l'un de l'autre par l'utricule prostatique. Canaux éjaculateurs et utricule sont entourés d'une masse de tissu caverneux qui s'interpose entre eux et le tissu glandulaire.

Morgagni et Dolbeau ont vu parfois les rameaux éjaculateurs s'aboucher dans l'utricule. Chez les rongeurs qui n'ont pas de réservoir du sperme, l'exception signalée par Morgagni est la règle.

3° L'*utricule prostatique* est une vésicule piriforme qui occupe le centre et la base de la prostate et vient s'ouvrir sur le veru montanum.

Il présente à étudier un orifice, une cavité et des parois.

a) L'orifice vient s'ouvrir sur la ligne médiane du veru montanum. Il a la forme d'une fente allongée de 3 mm. de long intermédiaire aux orifices des conduits éjaculateurs, parfois cet orifice est circulaire, ou bien trés étroit ; il est placé d'autres fois au sommet d'une espèce de saillie en cul-de-poule, comme celle que présente l'ouverture cutanée de quelques fistules à l'anus ;

b) La cavité ou le sinus se présente sous la forme d'une ampoule lorsqu'on l'insuffle ; normalement ce sinus est virtuel. La profondeur de cet utricule est de un cent. chez l'adulte.

Le fond s'avance jusqu'au niveau de l'anastomose des déférents et des vésicules.

c) Les parois, épaisses d'un mm. environ, sont formées d'une couche fibreuse extérieure, et intérieurement d'une muqueuse continue au niveau de l'orifice avec celle de l'urètre.

L'utricule est un organe rudimentaire, il représente la partie terminale des canaux de Muller, c'est ce qui lui a valu encore le nom d'utérus mâle. En réalité, il représente le vagin.

Voies d'abord chirurgicales. — Par suite des différents rapports que nous venons d'énumérer, on comprend facilement quelles pourront être les voies à suivre pour arriver sur la prostate.

La *voie urétrale*, employée autrefois puis abandonnée pour l'ouverture des abcès, a été reprise pour la prostatotomie au galvano-cautère.

La *voie rectale* réglée par Guyon est encore quelquefois suivie lorsque la collection pointe du côté du rectum.

Les deux seules voies vraiment employées sont la *voie hypogastrique transvésicale* et la *voie périnéale*.

Par la *voie hypogastrique* transvésicale on peut faire des prostatectomies partielles ou totales. Freyer, en particulier, l'a défendue.

Après ouverture de la vessie on incise la muqueuse vésicale au niveau de la prostate, soit avec l'ongle, soit au bistouri. L'index gauche ganté, introduit dans le rectum, repousse alors la prostate et l'amène vers l'index droit introduit dans la vessie et qui commence la décortication de la glande.

Il cherche et trouve d'ordinaire un plan de clivage suivant lequel il décolle progressivement la face postérieure puis les faces latérales et antérieures de la glande.

La prostate ainsi libérée, saisie avec une pince, est amenée au dehors.

La *voie périnéale*, réglée par Gosset et Proust, permet de faire une prostatectomie subtotale ou totale.

Le malade étant mis en position sacro-verticale ou périnéale inversée, on fait l'incision prérectale que nous avons déjà indiquée ; après incision des plans superficiels et du raphé superficiel ano-bulbaire, on arrive dans le petit espace décollable rétro-bulbaire.

Aprés section de la bandelette recto-urétrale, on arrive dans l'espace recto-urétral. On aperçoit la prostate entre les releveurs; mais elle est loin, et pour pouvoir opérer sur elle, il faut la faire saillir entre ces deux bandes antéro-postérieures formées par les bords internes des releveurs, grâce au désenclaveur que l'on introduit dans l'urètre par une boutonnière.

On incise le feuillet postérieur de la loge prostatique, on ouvre totalement l'urètre après hémisection de la prostate puis on bascule chacun des lobes et pratique leur énucléation ou dissection.

La séparation de l'urètre et du tissu prostatique est amorcée aux ciseaux « bientôt la séparation devient de plus en plus facile, ce n'est plus une dissection, c'est un décollement.

« C'est que de la tranche urétrale on est insensiblement passé à la paroi vésicale et là il existe une zone intervésico-prostati-

(1) Voir le dernier numéro.

tique dont l'existence est indéniable. Cette portion ainsi séparée artificiellement de l'urètre, naturellement de la vessie, est encore appendue à la paroi supérieure de la loge par la vésicule séminale et le canal déférent, la branche prostatique de l'artère génito-vésicale. On sectionne et on fait un pédicule bien net. »

La fente urétrale est partiellement suturée par-dessus une sonde béquille.

Pour la prostatectomie totale, l'abord et le dégagement de la face postérieure de la glande étant faits comme précédemment,on sectionne l'urètre membraneux au bec de la prostate ; sa section conduit sur la face antérieure ; on la dégage transversalement ainsi que le bord antéro-inférieur de la glande, et c'est d'avant en arrière qu'on opèrera le décollement pour toutes les raisons anatomiques que nous avons exposées.

Grâce à deux pinces à morcellement, placées sur le bord inférieur de la glande,de chaque côté de l'urètre, en effet, on bascule en arrière la prostate, et c'est la face antérieure tout d'abord dont on achève le décollement, en dedans de la loge. On peut le faire puisque une lame, commc l'a montré Proust, engaine tous les vaisseaux antérieurs et les isole de la glande.

Bientôt la face antéro-inférieure et le col de la vessie apparaissent, reconnaissables à leurs fibres musculaires.

La prostate est fortement basculée, et immédiatement au-dessus de son bord supérieur, l'urètre vésical est sectionné.

La face supérieure de la glande est facilement détachée du trigone vésical, on double ainsi son bord postéro-supérieur et rejoint le décollement pré-rectal en soulevant la vessie.

La prostate ne tient plus que par ses angles supérieurs où aboutissent la voie génitale (déférent et vesicule séminale) et les vaisseaux vésico-prostatiques. On coupe ces pédicules ; puis on suture l'urètre à la vessie.

Récemment,Wilms proposait une méthode nouvelle. Incision de 4 à 5 cm. le long de la branche ischio-pubienne gauche,rejet en dedans du corps caverneux et de l'ischio-caverneux ainsi que les vaisseaux honteux internes, qu'on ne voit même pas.

Il traverse ensuite un mince feuillet aponévrotique et il arrive sur le lobe latéral gauche de la prostate après avoir dissocié un tissu cellulaire lâche parcouru par quelques veines. Il incise alors la capsule prostatique puis procède à l'énucléation totale de la glande à l'aide du doigt comme dans la voie transvésicale.

Cette incision conduit directement sur la prostate, dont la projection sur le périnée occupe la partie sous-symphysienne de la région périnéale antérieure.

Structure. — La prostate est un organe musculo-glandulaire.

Nous étudierons la topographie de chacune des parties constitutives, puis sa structure histologique.

Coupes horizontales. — Si nous faisons une coupe horizontale de la glande à sa partie moyenne, nous voyons :

1° Au centre, la lumière de l'urètre, fente convexe en avant circonscrivant le veru montanum ;

2° Le sphincter lisse de l'urètre perforé par les canaux des glandes prostatiques ;

3° Le tissu glandulaire qui embrasse en chaton les 3/4 postérieures de l'urètre, et dont les deux extrémités libres peuvent parfois venir se rcjoindre au-devant de l'urètre ;

4° En avant de l'urètre, le sphincter strié forme des arcs concaves en arrière, allant d'un lobe à l'autre.

Sur une coupe horizontale faite *au-dessous de la précédente*, les différences portent sur la disposition de deux éléments.

a) Le sphincter strié s'étend davantage sur les parties latérales de la glande.

b) L'urètre devient étoilé .

La coupe intéresse-t-elle la glande *au-dessus de la partie moyenne*, on voit

Le sphincter strié s'effiler vers le haut ;

Les cornes du croissant prostatique s'écarter ;

Les canaux éjaculateurs apparaître.

Coupes antéro-postérieures. — Si l'on examine maintenant des coupes sagittales sériées de la glande, on peut compléter cette étude d'ensemble.

L'urètre apparaît au milieu, doublé du sphincter lisse. En avant, est l'isthme préurétral et le sphincter strié. En arrière, la grosse masse prostatique est coupée en deux par les deux canaux éjaculateurs, la plus grosse partie étant située devant.

II. — Faisons maintenant une étude analytique de chacun des éléments qui entrent dans la constitution complexe de cet organe.

Autour de l'urètre dont nous n'avons pas ici à étudier la structure nous avons précisé la situation du tissu noble de la prostate : la prostate est comme on le sait une glande en grappe.

Glandes prostatiques. — Albarran a bien étudié la disposition de ce système glandulaire. Il distingue deux groupes de glandes ; l'un central, l'autre périphérique.

1° *Le groupe central*, dit-il, est constitué par des glandes situées immédiatement au-dessous de la muqueuse de l'urètre ou qui s'en éloignent peu à peu. On les trouve sur toute la longueur et sur toute la circonférence de la portion prostatique de l'urètre. Sur la paroi antéro-supérieure du canal, les glandes sont relativement peu nombreuses. Un grand nombre d'entre elles ne sont représentées que par des diverticules dans lesquelles s'enfonce l'épithélium urétral. D'autres ont un court canal excréteur.

Sur la paroi inférieure de l'urètre, les glandes sont plus nombreuses et plus développées dans toute l'étendue du canal prostatique. Elles forment deux agglomérations principales, l'une vers le milieu de la prostate, l'autre au niveau du col vésical. L'agglomération sous-montanale est constituée par des glandes dont le canal excréteur aboutit directement à l'urètre ou dans la cavité de l'utricule prostatique.

L'agglomération sous-cervicale est formée par un groupe de glandes empiétant à la fois sur l'urètre et sur la partie du trigone vésical voisine du col. Ces glandes sont situées au-dessous de la muqueuse, entre elle et la couche musculaire de la vessie qui les sépare de la prostate proprement dite.

2° *Le groupe périphérique* de glandes périurétrales constitue la portion glandulaire de la prostate proprement dite. Situées plus excentriquement que les glandes centrales, elles sont séparées plus ou moins distinctement de celles-ci par des fibres musculaires qui continuent dans la région prostatique le sphincter lisse de la région membraneuse. Les glandes prostatiques proprement dites forment dans le milieu de la région une ceinture à peu près complète à l'urètre. En haut, du côté du col vésical on ne les trouve plus qu'en arrière et sur les côtés. En bas, juste derrière le sphincter membraneux, les glandes ne forment qu'une demi-gouttière postérieure.

Sur les coupes transversales de la prostate on voit les lobules glandulaires reliés à l'urètre par des canaux excréteurs. Les glandes qui occupent la partie postérieure de la prostate ont leurs canaux dirigés directement d'arrière en avant. Celles qui sont placées sur les côtés sont unies à l'urètre par des canaux qui présentent une disposition arquée, leur trajet décrivant des courbes à concavités antéro-interne, pour gagner les gouttières latérales de l'urètre.

Musculature lisse. — 1° De l'urètre —Sa description, dit Albarran, très étudiée, reste encore très confuse. L'auteur distingue 3 ordres de fibres. deux couches périurétrales, et des fibres éparses

Autour de l'urètre on distingue des fibres longitudinales peu développées, et des fibres circulaires disposées en fer à cheval, ouvert en avant. Le troisième groupe des fibres musculaires est disséminé dans la glande comme le tissu conjonctif.

2° Du veru montanum. — Pettigren décrivait un appareil musculaire annexé au veru. Albarran le nie.

3° Des canaux éjaculateurs.— Porosz, en 1905, a montré qu'il existait autour de ces canaux deux ordres de fibres : *a*) un sphincter lisse propre qui entoure chaque canal éjaculateur ; *b*) un manchon de fibres communes autour des deux canaux et de l'utricule.

Musculature striée. — Le sphincter strié est une mince lame musculaire triangulaire, à base supérieure, elle est aussi légèrement concave en arrière; elle embrasse la face antérieure de la prostate, comme nous l'avons vu sur l'étude des coupes.

Sa basc reste à quelques mm.au-dessous de la vessie. Le sommet répond à l'urètre membraneux qu'il entoure complètement. Les bords latéraux se fixent aux bords latéraux à la glande.

Chez les sujets bien musclés, sa couleur est rouge ; le plus souvent elle est assez pâle. Ses fibres sont franchement horizontales ;

la partie moyenne, obliquement descendantes vers la vessie, circulaires vers l'urètre membraneux.

Tissu conjonctif. — D'autant plus abondant que le sujet est plus âgé, il atteint son maximum de développement chez les castrats, où la glande est presque entièrement transformée en tissu conjonctif.

Ce tissu se dispose en deux noyaux séparés devant et derrière l'urètre. De ces masses rayonnent vers la périphérie des cloisons qui séparent les lobes, lobules et acini de la glande.

A la périphérie des acini, ils contituent, dit Albarran, la membrane dont certains auteurs nient à tort l'existence.

Tissu élastique. — A peine mentionné dans les classiques, il a été bien décrit par Cosentino en 1905, et par Albarran.

Il existe un système central, autour de l'urètre et des canaux éjaculateurs.

Un système périphérique à la surface de la glande.

Un système intermédiaire, entre les lobules.

Histologie.— Les glandes centrales, situées sous la muqueuse en dedans du sphincter lisse forment des culs-de-sac, simples, parfois des glandes alvéolaires, autour de la fente urétrale.

Elles sont l'homologue des glandes de Littre de l'urètre membraneux.

Les glandes prostatiques proprement dites formeraient 40 à 50 lobules plongés dans le stroma conjonctif. Elles appartiennent à la catégorie des glandes sacculiformes composées.

Les saccules glandulaires, dit Tourneux. présentent cette disposition particulière qu'au lieu d'être appendues à l'extrémité des canaux excréteurs, ils viennent s'ouvrir à peu près normalement sur toute la longueur de ces canaux à intervalles inégaux et relativement assez grands.

Ils sont irrégulièrement bosselés, d'un diamètre de 60 à 70 μ et présentent parfois un certain nombre de bifurcations. De plus, leur face interne est creusée d'alvéoles dont les cloisons figurent sur la coupe une série de festons saillant dans la lumière glandulaire.

L'épithélium est formé d'une couche de cellules cylindriques mesurant 20 à 25 μ. Les noyaux occupent assez régulièrement les segments profonds des éléments ; quant aux segments superficiels ils renferment de nombreuses granulations d'un jaune foncé, très réfringentes.

Entre les extrémités basales de ces cellules cylindriques on observe de nombreuses cellules intercalaires, parfois abondantes au point de simuler une couche continue.

Canaux excréteurs. — Les canaux excréteurs sont larges de 100 à 300 μ, sont accompagnés extérieurement d'un réseau de fibres élastiques et de faisceaux musculaires lisses, dirigés parallèlement à leur axe. Leur épithélium prismatique mesure une épaisseur de 20 à 25 μ.

Vaisseaux. — *Artères.* — Nous avons, chemin faisant, montré le trajet des artères qui arrivent à la prostate et ne ferons que les rappeler ici.

Elles sont fournies avant tout par la branche prostatique de la prostato-vésicale, née elle-même avec la vésiculo-déférentielle de la génito-vésicale, fille de l'hypogastrique.

La branche vésicale (dite vésicale inférieure) se distribuant au bas-fond vésical envoie naturellement des rameaux à la région contiguë de la prostate.

Quant à l'hémorroïdale moyenne, elle peut envoyer également quelques branches à la prostate.

L'injection des terminaisons vasculaires permet de distinguer des ramifications de premier ordre contenues dans l'épaisseur de la capsule prostatique et des ramifications de deuxième ordre qui seules pénètrent dans la glande.

C'est ce qui explique, comme le fait remarquer Albarran, que le décollement de la glande dans sa loge puisse se faire sans hémorragie. Les ramifications les plus fines forment des mailles inextricables autour des rameaux excréteurs, des lobules, des acini.

Veines. — Le système veineux a été admirablement étudié par Farabeuf. La prostate, dit Farabeuf, organe musculo-glandulaire, est par elle-même peu vasculaire. L'urètre a au contraire sous la muqueuse une couche de veinules longitudinales anastomosées qui se prolonge jusqu'à 20 ou 25 mm. dans la vessie. Ces veineules sortent en avant à travers et surtout au-dessus et au-dessous de l'isthme prostatique.

C'est au plexus péri-prostatique qu'aboutissent en fin de compte les veines de la glande, puis au gros confluent postérieur, lui-même tributaire de la veine hypogastrique.

Lymphatiques. — L'origine intra-glandulaire des lymphatiques a été récemment étudiée par Caminiti.

Il décrit un réseau périurétral, et un réseau sous-capsulaire, moins serré que le premier. Ces deux réseaux communiquent entre eux grâce aux lymphatiques péri-acineux, péri-lobulaires péri-canaliculaires qui constituent des mailles très larges enlaçant les glandes prostatiques.

Ces lymphatiques prennent quatre directions :

1° Les collecteurs antérieurs sont les uns ascendants, les autres descendants. Les premiers se rendent aux ganglions prévésicaux de Gerota et Waldeyer, ils communiquent avec le réseau antérieur vésical. Les seconds descendent vers le plancher pelvien, s'unissent aux lymphatiques de l'urètre membraneux, suivent l'artère urétrale puis la honteuse et se terminent dans un ganglion du groupe hypogastrique placé sur le trajet urétro-pelvien du tronc de la honteuse. Ces lymphatiques ont été bien étudiées par Marcille ;

2° Les autres collecteurs naissent de la face postérieure et suivent trois voies.

a) Un premier tronc remonte sur la vessie au niveau du triangle interdéférentiel, puis il rejoint l'artère ombilicale et vient se terminer dans le ganglion moyen du groupe iliaque externe ;

b) Un deuxième collecteur suit l'artère prostatique et se termine dans un des ganglions moyens du groupe hypogastrique ;

c) Un faisceau d'autres collecteurs suivent l'aponévrose sacro-recto-génitale et se terminent dans les ganglions sacrés latéraux.

Nerfs. — Les nerfs proviennent du plexus prostatique qui émane du plexus hypogastrique, de même que le plexus de l'artère hémorroïdale moyenne, le plexus vésical, et le plexus déférentiel.

Nous avons dit quelle était sa situation sur les faces latérales de la prostate, entre elles et le releveur.

En outre des filets sympathiques, il lui parvient quelques filets des nerfs viscéraux du plexus sacré (rameaux communicants de 2 et 3 paires sacrées). Il existe enfin de nombreux organes terminaux de Vater et de Pacini; Timofew en a repris l'étude et même décrit des formes nouvelles, et nous allons voir que ces fibres d'origine différente ont une physiologie également distincte.

Physiologie. — Chacune des deux portions musculaires et glandulaire à sa physiologie propre.

A. — En tant qu'*organe musculaire*, la prostate contribue peu à la fermeture de la vessie ; elle sert à l'expulsion de sa sécrétion propre ; c'est un organe d'éjaculation.

Cette expulsion du produit prostatique sécrété en dehors du coït se fait au moment de l'éjaculation, elle est produite par l'excitation des branches que le plexus sacré abandonne au plexus hypogastrique et qui parvient à la prostate par l'intermédiaire de ce dernier.

B. — En tant qu'*organe glandulaire*, la prostate a une double sécrétion, *sécrétion externe* et *sécrétion interne*.

1. — *Sécrétion externe.* — Nous envisagerons successivement les points suivants :

Comment se fait la sécrétion, à quel moment, sous quelle action ?

Quelle est cette sécrétion !

A quoi sert-elle ?

1. — *Comment se fait la sécrétion.*

a) *A quel moment se fait-elle* ? Tout d'abord a-t-elle lieu pendant toute l'existence ?

Pour Lamare, la prostate ne devient une véritable glande excrétante qu'à l'âge de la puberté. De 25 à 30 ans, l'activité génitale de la prostate arrive à son point culminant. Entre 45 et 50 ans, le stratum fibro-musculaire devient plus puissant.

Il semble donc qu'il y ait une relation étroite entre la sécrétion de la prostate et les fonctions génitales. Des expériences d'ailleurs sont venues confirmer cette hypothèse. Lamare a trouvé

que si la castration est faite sur les jeunes animaux, la prostate s'arrête au degré de son développement où elle s'est trouvée au moment de la castration.

Suivant White, Kirby, Caminiti, Albarran, Motz, la fonction de la portion glandulaire de la prostate disparaît avec l'absence des organes qui produisent le sperme.

Casper a trouvé, que chez un chien non encore pubère le centre de la prostate autour de l'urèthre était complètement dénué de glandes. Il n'y en avait que de petites quantités à la périphérie et le stroma l'emportait sur le parenchyme. D'aprés Walker, l'injection d'extrait testiculaire à des chiens mâles, châtrés, empêcherait l'atrophie de la prostate, qui autrement serait inévitable.

Le développement des glandes dans la prostate va à peu près de pair avec celui des organes spermatogènes, et des constatations précédentes on doit conclure que la partie excrétante de la prostate doit être considérée comme un élément intégral de l'appareil sexuel ; mais cette partie excrétante seule, car le tissu fibro-musculaire ne réagit pas de même, et c'est pourquoi sans doute la castration double introduite en chirurgie par Ramm et White n'a pas donné les résultats attendus. C'est pourquoi également dans l'âge avancé l'on voit surtout se produire l'hypertrophie de la prostate.

Ces relations générales établies, à quel moment pendant la vie sexuelle active se fait donc cette sécrétion prostatique ?

Est-ce pendant le coït, ou dans l'intervalle des actes génitaux.

Le suc prostatique est sécrété non seulement pendant le coït mais encore d'une façon continue, et il séjourne alors dans les espaces glandulaires.

b. Sous quelle action. — Cette sécrétion est sous la dépendance des nerfs hypogastriques ; leur excitation, en effet, produit la sécrétion du liquide prostatique.

Et le centre réflexe se trouve dans le ganglion mésentérique inférieur. car si on excite le bout central du nerf hypogastrique de l'autre côté, il y a égalcment sécrétion, même lorsque le ganglion mésentérique inférieur a été séparé du reste du cordon sympathique, donc aussi de la moelle épinière.

2° *Quelle est cette sécrétion* ?

Elle est de deux sortes : le liquide spermatique, les concrétions.

Liquide. — Il est ténu, lactescent, légèrement alcalin, ni glutineux ni filant; d'après Eberth dans des préparations au formol alcool il apparaît comme une masse finement granuleuse et filamenteuse.

Sur le vivant, il a une réaction légèrement alcaline, et qui s'explique aisément puisque la sécrétion de la prostate forme une des parties composantes du sperme, et que les spermatozoïdes ne peuvent vivre que dans des milieux légèrement alcalins. Sur le cadavre, la réaction devient acide. Le liquide prostatique contient de l'albumine, il ne contient pas de mucine.

La sécrétion prostatique a une odeur spéciale qu'elle doit à la spermine et à ses sels basiques. L'odeur disparaît par l'addition d'un acide, et par l'acidification qui se produit sur le cadavre.

On trouve en plus dans la sécrétion nombre de petites sphérules très fines, graisseuses, de la grosseur environ de la moitié des hématies et qui se composent de lécithine.

Posner prétend que la liqueur spermatique contient, en plus de divers albuminoïdes et sels, des albumoses d'origine prostatique. De la même provenance est en partie tout au moins la spermine qui forme la substance odorante du sperme. C'est une base appelée : d'après son inventeur, base de Schreiner ; dans le sperme elle est liée à l'acide phosphorique. Elle apparaît dans le sperme desséché sous forme de cristaux de Bœttcher ou de Schreiner.

Concrétions prostatiques. — Sur des coupes microscopiques on peut apercevoir dans les tumeurs glandulaires des concrétions stratifiées qui se composent d'une substance organique donnant une réaction d'albumine. Elles fixent généralement les sels, deviennent dures et s'appellent des calculs prostatiques. Rochet et Moutot décrivent des calculs formés dans la glande, contrairement à la thèse de Guyon, pour qui il n'y a que des calculs de la région prostatique de l'urètre.

3° *Quelle est l'action du suc prostatique.*—Il dilue le sperme, et il résulte des expériences de Walker que c'est surtout en diluant le sperme qu'il provoque la mobilité des spermatozoïdes et non pas par son influence excitante. Walker, en effet, examina du sperme non dilué du testicule, de la tête de l'épididyme, de la queue de l'épididyme et du canal déférent. Sauf aux points où le liquide était assez fluide, dans certaines portions du déférent en particulier, il n'y avait pas de mouvement des spermatozoïdes.

Si on dilue avec la sécrétion prostatique, il y a un mouvement net, partout où la dilution s'est opérée.

Mais si l'on dilue avec la solution physiologique de chlorure de sodium, le même phénomène se présente.

Steinach arriva aux mêmes conclusions.

De plus les spermatozoïdes qui, sans addition de sécrétion prostatique, meurent rapidement dans le mucus utérin, peuvent vivre d'après Percy, 3, 4, 8 jours, après addition de sécrétion, ce qui serait dû sans doute à la présence de substances nutritives dans le suc prostatique.

Des expériences de Steinach, il semble résulter que le sperme ne devient fécondant que lorsqu'il se trouve mélangé avec les sécrétions des glandes sexuelles accessoires.

II. — *Sécrétion interne.*— Au Congrès d'Urologie de septembre-octobre 1908, des expériences nombreuses et les résultats auxquels elles ont donné lieu ont été exposés par leurs auteurs.

Un rapport étroit au point de vue physiologique existe entre les testicules et la prostate, c'est un fait signalé depuis longtemps. La prostate et les vésicules peuvent jusqu'à un certain point se remplacer.

Serralach et Paris ont fait des recherches sur des chiens : en injectant à des chiens sains un macéré aqueux de prostate, en faisant des greffes prostatiques péritonéales à certains chiens également sains, en répétant les mêmes essais sur des chiens prostatectomisés ; ils arrivent à conclure que : 1° la prostate est douée d'une sécrétion interne qui règle la spermatogénèse ;

2° Le principe ou les principes qui constituent cette sécrétion interne de la prostate excitent la spermatogénèse à petites doses et l'arrêtent en quantités excessives.

Bartrina conteste ces résultats. Des expériences faites sur le chien, en collaboration avec Puig y Sureda, Percarnau et Compan, il résulte pour eux qu'il n'est pas démontré que la prostate ait une sécrétion interne exerçant une influence sur la spermatogénèse au point d'être nécessaire à la spermatogénèse.

Pour Albarran, la diminution de la puissance génitale que l'on observe après les prostatectomies ne peut s'expliquer qu'en faisant intervenir des lésions nerveuses plus ou moins graves et les particularités opératoires de chaque cas, car elle est très variable suivant la voie suivie : la génitalité est souvent conservée dans les cas opérés par voie transvésicale (en ce sens que les malades ont des érections, mais il n'y a pas d'éjaculation vraie). Après la prostatectomie périnéale, le plus souvent au contraire, la puissance est amoindrie ou abolie.

Enfin Haberern appelle encore l'attention sur ce fait connu depuis la publication des rapports de von Reklinghausen : la tumeur maligne de la prostate, relativement rare, donne très souvent lieu à des métastases osseuses.

Neusser cherche à expliquer ce fait en prétendant que ces organes seraient les parties d'un système qui serait en rapport d'affinité sanguine. Ces rapports entre la prostate et la moelle osseuse sont encore à préciser.

La question de la sécrétion interne de la prostate est donc encore à l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — *Chirurgie des voies urinaires*, 1909.

BAUDET. — *Gazette hebdomadaire* 1899, 6 août, *Annales génito-urinaires*, 1900.

CAMINITI. — *Ricerche in torno ai l'infatici della prostata umana* Tomassi, Napoli, 1905, 6.143.

DELAGÉNIERE. — *Annales génito-urinaires*, 1900.

DUVAL (Pierre). — Précis de technique opératoire.

FARABEUF. — Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires.

GOSSET et PROUST. — *Annales génito-urinaires*, 1906.

GUELLIOT. — *Thèse de Paris*, 1882.

HARTMANN. — Organes génito-urinaires de l'homme.

HERTWIG. — Embryologie.

HOGGE. — 1° Recherches sur les muscles et aponévroses du périnée.

2° 2e Session de l'*Association française d'Urologie*, Paris 1897, p. 418.
Kœlliker. — Embryologie.
Jarjavay. — Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme.
Monod et Vanverts. — Technique opératoire.
Poirier. — Article Delbet. Article Rieffel. *Le Périnée*.
Proust. —*Thèse de Paris*, 1900, *Presse médicale*, 1901, n° 87, *Presse médicale* 1902, n° 83.
Quénu et Hartmann. — Chirurgie du rectum.
Regnault. — *Journal d'anatomie*, 1892.
Testut.— *Revue française de médecine et chirurgie*, 1905, n° 1.
Tourneux. — Embryologie.
Walker. — *Cs. The blood. vessels of the prostate gland. Anat.*, 1905, 1-73-78, 2 planches.
Wilms. — *Deustche Zeitschrift für Chirurgie*, 1908, Tome XCIII, fasc. 4 et 5 juin p. 525.
Congrès d'Urologie, Paris, 1908, Physiologie de la prostate.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours d'agrégation et l'Assemblée des facultés de médecine

Lettre du professeur Grasset (de Montpellier) au Dr Paul Carnot.

Mon cher Collègue,

Je vous remercie infiniment de l'aimable critique que vous avez bien voulu faire, dans le *Progrès Médical* (10 avril), du projet qui a été voté, sous mon nom, sur les réformes du Concours d'agrégation par l'assemblée de l'Association des professeurs et agrégés des facultés de médecine.— Voulez-vous me permettre de vous soumettre, à vous et aux lecteurs du *Progrès*, quelques observations sur ce projet et sur celui de notre collègue Pachon.

1° Le Concours d'admissibilité, tel que je le défends, porterait, dites-vous, « sur des matières très générales et par conséquent un peu trop philosophiques et relativement peu précises ».

Mais il porterait sur les matières mêmes dont l'Association a proclamé la nécessité et à propos desquelles vous dites vous-même : « Il s'agit donc d'un point acquis, dont l'évidence est d'ailleurs indiscutable si l'on admet le principe des spécialisations très restreintes ». — Ce sont les matières indiquées dans l'arrêté du 28 juillet 1908, c'est-à-dire : 1° l'anatomie, l'histologie et la physiologie (épreuve écrite) ; 2° la pathologie générale (épreuve orale) 3° la clinique ; 4° l'anatomie pathologique, y compris les divers procédés d'exploration des tissus et des humeurs morbides (épreuve pratique).

Ce n'est pas là, ce me semble, un programme de pathologie dans l'espace ou de philosophie nébuleuse.

2° Mon projet, ajoutez-vous, « a le grand inconvénient d'instituer un concours nouveau » qui, par le seul fait qu'il est un concours, force à la concurrence (donc à la préparation exclusive) à un âge où le travail personnel, pour être fécond, ne doit pas être entravé ».

Mais si une très grande majorité a voté (198 voix) l'admissibilité séparée contre (84 voix) (1) l'admissibilité réunie à l'admission (de l'ancien concours), c'est pour raccourcir le plus possible cette période nécessaire de préparation livresque, afin de donner rapidement au candidat la liberté de faire des travaux personnels en vue du concours d'admission. Avec l'ancien concours, les candidats étaient bien plus longuement assujettis à ce travail d'acquisition impersonnelle, dont on a exagéré, mais dont il est impossible de nier le caractère stérilisant ou au moins peu fécondant.

(1) Au 1er tour de scrutin. Je comprends naturellement le projet Pachon parmi ceux qui, comme le mien, séparent les épreuves d'admissibilité des épreuves d'admission.

Mon projet ne mérite donc pas le reproche formulé plus haut ; il s'efforce au contraire de le prévenir et d'y répondre.

3° La grande différence entre le projet Pachon et le mien — différence fondamentale, qui est non seulement apparente, mais réelle, et qui rendra bien difficile une rédaction de conciliation — c'est que l'un veut un *examen* et l'autre un *concours* pour l'admissibilité.

A l'examen je vois personnellement diverses objections.

a) Le mot examen ou certificat semblera un défi au mouvement d'opinion (discutable dans son point de départ, mais indiscutable dans sa réalité) qui a fait abroger le décret de 1906 instituant un *certificat* d'études médicales supérieures. La multiplicité des certificats dans le projet de notre collègue Pachon ne désarmerait pas l'opposition, à un moment où l'on discute si vivement les certificats d'hygiène, de médecine légale...

b) Si cet argument ne paraissait pas devoir être pris en considération contre le projet Pachon, en voici un second, qui n'est basé que sur l'intérêt même du haut enseignement.

Les certificats Pachon, pris en cours d'études ou à la fin des études, pourront être pris dans *toutes* les facultés de médecine. Or, ceci me paraît absolument dangereux et mauvais. Car cela mettrait une première étape *locale* à la base du recrutement de nos agrégés, dont la force est dans l'*unité d'origine*. A tort certainement, mais en fait, les candidats tenant leurs certificats de telle ou telle faculté se présenteraient au concours d'agrégation avec une présomption fâcheuse d'infériorité...

c) On pourrait obvier à cet inconvénient en créant un *jury unique* et *ambulant* qui irait donner ces certificats successivement dans toutes les facultés de France.

Mais, si on veut avoir les garanties que donne l'arrêté du 28 juillet 1908, il faudrait exiger de *tous* les candidats à l'agrégation : un certificat d'anatomie, un certificat d'histologie, un certificat de physiologie, un certificat de pathologie générale, un certificat de clinique et un certificat d'anatomie pathologique.

Je ne m'arrête pas aux difficultés matérielles d'exécution d'un pareil programme. Mais surgirait, très grave, l'objection faite au certificat d'études supérieures : que les épreuves de ces divers certificats devraient être *les mêmes* pour les futurs candidats de sciences fondamentales (biologiques), pour les futurs candidats de médecine et pour les futurs candidats de chirurgie. En particulier pour la clinique, quel certificat exigera-t-on ? Et le candidat muni du certificat clinique médicale seulement pourra-t-il ensuite concourir pour une section de chirurgie ou d'obstétrique ?

En résumé, et quel que soit l'accord qui pourra se faire sur ces divers points de détail, il reste, entre le projet Pachon et le mien, un point sur lequel les avis peuvent se partager, mais ne peuvent pas se concilier : *c'est celui de*

l'examen ou du concours pour les épreuves d'admissibilité.

C'est ce point que l'assemblée du 3 avril a résolu *en faveur du concours* par 156 voix contre 52 (troisième tour de scrutin pour lequel le projet Pachon et le mien étaient seuls en présence).

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'affectueux hommage de mon absolu dévouement.

Montpellier, 10 avril 1909.

D[r] GRASSET,
Professeur de Clinique médicale
à l'Université de Montpellier.

Le privat-docentisme et l'association des Facultés de médecine.

Parmi les questions qui ont été récemment traitées à la réunion des membres de l'Association des Facultés de médecine, il en est une qui a beaucoup occupé l'opinion médicale en ces dernières années : c'est celle du privat-docentisme.

Le bureau de l'Association avait chargé MM. Gross, Frœlich et Michel (de Nancy) de faire un rapport sur cette question, après documentation auprès des Universités étrangères et particulièrement des Universités allemandes. Nous croyons bon de faire connaître ce rapport très documenté et très intéressant, relatif à une question dont tout le monde parle sans la bien connaître :

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées à l'unanimité par l'Association des Facultés.

Voyons tout d'abord ce qui est le *privat-docent* des Facultés allemandes :

Voici, par exemple, les statuts des Universités de Bonn et de Kœnisberg :

«L'institution des privat-docents est une école préparatoire (Vorbereitungs Schule) pour le corps enseignant universitaire. La Faculté profitera de la connaissance plus intime qu'elle possède de ses élèves pour engager ceux d'entre eux qui présentent les dispositions nécessaires à en suivre la voie et pour en écarter les incapables ».

Les conditions requises pour l'obtention du titre de privat-docent sont à peu près les mêmes dans toutes les Facultés de médecine allemandes et ne diffèrent que par quelques points de détail d'une Université à l'autre.

Lorsqu'un jeune docteur désire obtenir le droit d'enseigner, c'est-à-dire acquérir la *venia legendi* ou *venia docendi*, qui lui sera confirmée par un diplôme sur parchemin revêtu du sceau de la Faculté, il doit, conformément au règlement de ce qu'on appelle l'« habilitation »(*Habilitationsordnung* ou *Habilitationsbestimmungen*), en faire la demande écrite au conseil de la Faculté (Collegium).

Cette demande doit être accompagnée des pièces suivantes :

1° Une autobiographie (*curriculum vitæ*) ou narratio de vita et de studiis).

2° Le diplôme de docteur de la Faculté dans laquelle il postule la *venia docendi* ; si son diplôme vient d'une autre faculté, il passe une sorte d'examen oral (Colloquium).

3° Des certificats militaires et de bonnes vie et mœurs.

Ayant ainsi le droit d'être candidat, il devra acquitter les frais qui sont généralement de 70 à 100 marks et présenter une thèse (Habilitations-schrift), dont 200 exemplaires seront déposés à la Faculté, sur un sujet concernant la spécialité pour laquelle il désire être agréé (sich habilitieren).

Enfin le candidat devra faire une leçon « d'essai » (Probevortrag) de 3/4 d'heure sur un sujet afférent à la spécialité qu'il choisit et laissé à son choix ou imposé par le Doyen trois jours auparavant.

L'autorisation de se présenter à l'examen est accordée, d'après l'autobiographie et les titres du candidat (et peut-être aussi d'après d'autres raisons plus personnelles), par le professeur ordinaire dont dépend la spécialité choisie par le candidat.

La conclusion est soumise au conseil de la Faculté qui la sanctionne par un vote : une majorité des deux tiers est nécessaire ; mais il n'est pas d'exemple que le vote de la Faculté n'ait pas été conforme à la conclusion du rapporteur. Si le vote est défavorable, le candidat pourra se représenter deux fois encore après un intervalle d'un an.

Pour des personnages ayant une notoriété exceptionnelle, le Conseil peut accorder le droit d'enseigner sur simple dépôt des titres scientifiques.

Dans l'immense majorité des cas, la filière est la suivante : après de très bonnes études médicales (certaines facultés exigent les notes *bien* et *très bien*), le candidat demande au professeur une place d'assistant. Si la place est vacante et si la personnalité, la position sociale, quelquefois même la religion du postulant conviennent au professeur ordinaire, le candidat est agréé comme *assistant* : Ces assistants sont au nombre de 3 ou 4 dans les cliniques. ils sont logés et payés de 600 à 1200 marks : pendant 4 à 6 ans, d'ordinaire, l'assistant est le collaborateur de son chef et l'aide dans ses recherches ; puis, l'assistant demande à celui-ci s'il le croit en situation de se faire agréer privat-docent. Si oui, la cause est gagnée d'avance. Si la réponse est négative ou seulement évasive, inutile de rester : la carrière des Universités est close pour le candidat, puisque ce chef est le rapporteur, dont l'avis n'est jamais contredit.

Après acceptation préalable du chef, il suffit de présenter sa thèse et de faire le cours d'épreuve pour obtenir le titre de privat-docent ; mais ce sont de simples formalités.

Lorsque le professeur ordinaire change d'Université (ce qui est fréquent en Allemagne), il emmène avec lui son ou ses assistants et les impose comme tels, comme privat-docents ou professeurs extraordinaires dans la faculté où il va, à la place de ceux de son prédécesseur.

Une fois admis, le privat-docent est sous la surveillance directe de la Faculté pour son enseignement et même sa « conduite » (Lebenswandel).

Il fait une ou deux conférences par semaine, gratuites ou payantes : le plus souvent, le privat-docent en fait une payante « privation », et une autre gratuite.

Le prix de ces conférences est fixé par la Faculté ou laissé à l'appréciation du privat-docent : c'est, en moyenne, de 6 à 10 marks par semestre et par étudiant. Le nombre des étudiants dépasse rarement 20 ou 30 en moyenne, il est de 6 à 12, souvent même 3 ou 2. *La fonction du privat-docent est donc très peu rémunératrice.* Dans certaines Universités (Strasbourg, Kœnigsberg), il existe des fonds destinés à encourager les travaux des privat-docents.

L'enseignement du privat-docent ne doit jamais s'écarter du sujet qu'il a été autorisé à enseigner. D'après le règlement, cet enseignement ne peut être considéré comme tenant lieu d'enseignement officiel. *Celui-ci doit être totalement et intégralement donné par les professeurs ordinaires et extraordinaires.*

Le privat-docent ne fait partie d'aucun jury d'examen ; il n'assiste pas à l'assemblée de la Faculté. Cette dernière ne comprend que les professeurs ordinaires et extraordinaires. Le Conseil de Faculté (collegium) n'est composé que des professeurs ordinaires.

A Vienne, les privat-docents ont obtenu d'être représentés par deux d'entre eux à l'assemblée de Faculté.

Le privat-docent qui veut entrer dans l'enseignement ne fait pas d'ordinaire de clientèle. Mais beaucoup quittent assez rapidement l'Université et vont faire de la clientèle dans la ville même ou dans une ville voisine de moindre importance. La qualification de *docent*, inscrite à côté du titre de docteur, leur sert de recommandation.

Il est tout à fait exceptionnel qu'un praticien puisse jamais prétendre à obtenir le titre de privat-docent sans avoir passé par la filière précédente.

Voyons maintenant le nombre des privat-docents :

A Strasbourg, en 1901, il y avait 11 professeurs, 15 professeurs extraordinaires et 17 privat-docents.

A Fribourg, en 1902, 11 professeurs ordinaires, 19 professeurs extraordinaires et 6 privat-docents.

A Heidelberg, en 1895 ; 14 professeurs ordinaires, 16 professeurs extraordinaires, 13 privat-docents, etc.

Par conséquent, si, théoriquement, le nombre des privat-docents est illimité, en réalité, il est toujours restreint et proportionné aux faibles avantages qu'il offre et aux débouchés universitaires ultérieurs à prévoir.

A Berlin, par contre, il y avait, en 1906, 60 professeurs ordinaires et extraordinaires et 117 privat-docents. A Vienne, le nombre des privat-docents ayant augmenté considérablement, on cherche à le limiter en rendant l'habilitation plus difficile : il est nécessaire d'avoir été assistant pendant quatre ans, etc.

Le privat-docent peut devenir professeur extraordinaire après 8 à 10 ans en moyenne.

Le professeur extraordinaire reste, jusqu'à un certain point, le subordonné du professeur ordinaire dont il complète l'enseignement, à moins d'enseigner une spécialité bien définie. C'est donc le professeur extraordinaire et non le privat-docent qui est l'équivalent de nos professeurs agrégés. Après cette étude fort minutieuse, les conclusions de MM. Gross, Frœlich et Michel sont les suivantes :

Le privat-docentisme des universités allemandes et autrichiennes constitue un chaînon d'un système de recrutement qui commence à la nomination des assistants. La désignation comme privat-docent est un deuxième échelon qui s'obtient à la suite d'un concours sur titres et d'épreuves (leçon d'essai, soutenance d'une thèse d'habilitation).

Dans les autres universités d'Europe, le privat-docentisme est aussi à la base du recrutement du corps enseignant ; mais l'application en est différente. Il ressemble, dans certaines villes, à l'enseignement libre et présente de graves inconvénients, d'après les lettres reçues par les rapporteurs.

Voici l'appréciation qu'ils donnent du privat docentisme allemand :

« Le système du privat-docentisme a donné, cela est incontestable, de bons résultats en Allemagne ; mais dans ce pays même il n'a pas que des avantages. D'après certaines lettres qui nous ont été adressées, il semble, tout au moins, que, pour certaines villes en Allemagne et en Autriche, on lui trouve des inconvénients : un privat-docent allemand nous écrivait : « Si, avec votre système de concours, il ne fallait pas avoir des connaissances encyclopédiques universelles et inutiles, il serait bien supérieur à notre mode de recrutement ».

Le privat docentisme peut-il convenir en France tel qu'il est pratiqué en Allemagne ?

Avant de conclure, que lui demande-t-on chez nous ?

Dans l'esprit de bien des gens, partisans du privat-docentisme, ce terme est synonyme d'enseignement libre. On a vu plus haut que c'est une erreur.

Est-ce la carrière de l'enseignement largement ouverte à tous ? Non : il y a des restrictions ; et il y a surtout le patronage indéfiniment prolongé qui fait dépendre la carrière du bon vouloir d'un maître unique et des services qu'on a pu lui rendre.

En Allemagne, pays discipliné et hiérarchisé, personne ne s'étonne que le chef d'un enseignement soit le maître absolu de ses collaborateurs et de ses assistants, sans avoir aucun compte à rendre. Mais la subordination de tous les instants aux instructions et aux volontés du maître est une qualité germanique dont notre tempérament national aurait peine à s'accommoder ; en tous cas, ceci montre que, bien loin d'être le « professeur libre » le privat-docent est le type du « professeur asservi ». Est-ce donc ce que nous voulons en France ?

Une autre remarque de MM. Gross, Frœlich et Michel est la suivante :

En Allemagne, les recommandations ne sont guère écoutées : aucune influence politique, qu'elle vienne des membres du Parlement ou du Gouvernement, ne peut agir sur l'opinion du chef : aussi peut-on davantage lui laisser la liberté absolue de ses choix.

Il y aurait bien des choses à apprendre chez nos voisins ; mais il est impossible de modifier les mœurs et le tempérament d'une nation pour y adapter une organisation contraire à ses instincts démocratiques.

Tant qu'il y aura, en France, autant de jalousies et de suspicions, le système du concours, même aussi mal appliqué qu'il l'est actuellement, sera encore supérieur au système de l'arbitraire absolu. Si les professeurs choisissaient, chez nous comme en Allemagne, leurs assistants et leurs privat-docents, les portes des universités seraient, plus encore peut-être que maintenant, obturées pour les candidats indépendants.

Quel que soit d'ailleurs le mode de recrutement, on ne doit pas perdre de vue qu'un travailleur consciencieux, et qui fait tranquillement des recherches importantes, est toujours certain d'arriver, en France plus encore que partout ailleurs ; si ce n'est à la Faculté, ce peut être dans nos nombreux établissements sans concours : au Collège de

France, à la Sorbonne, à l'Institut Pasteur, sans compter les hôpitaux ; ils n'y sont pas plus mal qu'à la Faculté.

P. CARNOT.

REVUE DES JOURNAUX

Technique de l'analgésie régionale de la langue. — Le nerf lingual est facile à atteindre : il est immédiatement sous la muqueuse au milieu du sillon qui sépare la gencive, en regard de la dernière molaire, du bord latéral de la langue ; il suffit, d'après Farabeuf, d'inciser la muqueuse en ce point pour le mettre à nu d'un seul coup de sonde cannelée.

Connaissant sa situation anatomique, rien n'est simple comme de l'entourer d'une boule d'œdème anesthésique. Le malade étant couché et le demeurant, comme pour toute cocaïnisation (si on emploie la cocaïne), on commence par anesthésier la muqueuse de son sillon linguo-gingival en y déposant un fragment de compresse imbibé de liquide anesthésique.

Comme la langue est un organe essentiellement mobile, on veillera à ce que le petit tampon ne soit pas repoussé. Le plus simple est de le monter sur une pince et de le maintenir une ou deux minutes au bon endroit.

Ayant demandé au malade d'ouvrir largement la bouche et utilisant au besoin un ouvre-bouche, on lui fixe la langue tirée au dehors, en la maintenant avec une compresse. Si le sillon linguo-gingival ne semble pas bien ouvert, on déprime le bord de la langue avec un étroit écarteur. On pique la muqueuse anesthésiée au milieu du sillon et à hauteur de la dernière molaire et on pousse l'injection peu à peu jusqu'à 2 centimètres de profondeur environ.

Pour être certain que le nerf baigne bien de partout dans le liquide analgésiant, on fera une autre piqûre et une autre injection un peu au dehors de la première.

Il suffit d'attendre quelques minutes, en massant légèrement la région œdématiée avec un petit tampon monté sur une pince pour que l'analgésie soit absolument complète. Le territoire analgésié atteint à peu près la ligne médiane et comprend la face dorsale de la langue, sa face inférieure et le plancher de la bouche, pour une piqûre unilatérale. Si on a fait une piqûre au niveau des deux nerfs linguaux, toute la partie de la langue qui est en avant des piqûres et tout le plancher sont analgésiés. La surface anesthésiée est donc considérable pour une quantité minime d'anesthésique. (*Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1909, p. 455.)

Le signe de Rovsing dans l'appendicite. — En 1907, Th. Rovsing a décrit un nouveau signe qu'il avait découvert dans l'appendicite : la provocation indirecte de la douleur au point de Mac Burney. Voici comment il décrivait la manière de rechercher ce signe. La main gauche étant appliquée à plat sur le côlon descendant, on appuie sur ses doigts avec la main droite et, tout en continuant à comprimer le côlon, on fait glisser les mains de bas en haut vers l'angle splénique de façon à refouler vers le cæcum les gaz qui y sont contenus. L'augmentation de pression des gaz dans le cæcum et l'appendice, en distendant ces organes, y provoque une douleur nette, localisée, au point de Mac Burney et rappelant absolument celle qu'on obtient par pression directe en ce point.

Il semble bien que le signe de Rovsing soit loin d'avoir la valeur que lui a attribuée son inventeur, car non seulement il manque souvent en cas d'appendicite avérée, mais encore il peut induire en erreur en faisant admettre une appendicite qui n'existe pas. (*Presse médicale*, samedi 20 mars 1909, p. 208.)

Exception à la loi de Colles. — M. Frech a eu à soigner une malade pour un chancre syphilitique du mamelon gauche avec adénopathie axillaire correspondante, du volume d'une noix. Ce qui constitue l'intérêt de ce cas, c'est que la malade a été infectée par son propre nourrisson. L'ulcération s'est produite exactement trois mois après le début de l'allaitement. Le nourrisson, vu un mois après sa naissance, présentait des syphilides papuleuses au front et aux joues, des plaques muqueuses commissurales, des syphilides papulo-érosives en larges placards sur l'abdomen, les fesses et une plaque muqueuse grande comme une pièce de 5 francs au niveau de l'ombilic. L'enfant est mort 2 jours après avoir été vu par M. Frech. (*Société de méd. et de chir. de Bordeaux*, 28 janvier 1909. *Presse médicale*, 20 mars 1909, *p.* 208.)

L'éructation en séméiologie gastrique. — M. Meunier fait prendre au sujet à examiner une capsule d'éther préparée de la façon suivante. La capsule est trempée dans du sirop de sucre et roulée ensuite dans de la poudre de talc afin d'en augmenter le poids et l'empêcher ainsi de surnager dans le suc gastrique. La capsule est ensuite séchée et placée dans un petit sac de caoutchouc fermé au moyen d'un catgut. Le suc gastrique dissout le catgut et libère ainsi la capsule, celle-ci ne tarde pas à éclater et le patient ressent aussitôt un goût d'éther, bientôt suivi d'une éructation. Le temps écoulé entre la prise de la capsule et la production de l'éructation indique la durée que le suc gastrique a mise pour dissoudre le catgut et, par suite, son activité. Voici les indications que donne l'auteur sur la prise, après un repas d'Ewald, d'une capsule ainsi préparée :

Si l'éructation se produit avant 1 h. 1/4, il y a hypersécrétion.

Si l'éructation se produit au bout de 1 h. 1/2, il y a secrétion normale.

Si l'éructation se produit après 1 h. 3/4, il y a hyposécrétion.

S'il n'y a pas d'éructation, il y a achlorhydrie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril 1909

Rétrécissement de la trachée par compression du thymus. — M. ***Marfan***. — Le thymus hypertrophié peut comprimer la trachée et provoquer du tirage : des faits chaque jour plus nombreux le prouvent. Pareil trouble ne s'observe guère que chez de très jeunes enfants ; à cet âge, en effet, les anneaux cartilagineux de la trachée sont aisément dépressibles et le thymus n'est point encore entré en régression.

Le cas présenté par M. Marfan est très particulier. Un garçon de *12 ans* entre à l'hôpital avec une angine diphtérique grave et des signes de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse. On le traite par le sérum à haute dose. Le tirage persiste. L'enfant meurt le lendemain.

L'autopsie montre que le larynx et la trachée sont exempts de fausses membranes. Mais un thymus énorme enserre et comprime le conduit trachéal.

L'âge du malade, l'apparition des troubles au cours d'une diphtérie, constituent une modalité nouvelle de trachéo-sténose par hypertrophie du thymus. M. Marfan incrimine l'intoxication diphtérique comme cause de la brusque congestion de la glande.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE.

Séance du 1er avril.

I. Communications.

Deux cas d'hystérie mâle. — M. ***Chavigny*** présente deux malades atteints d'hystérie, au sujet desquels il fait ressortir des procédés intéressants de diagnostic et de thérapeutique.

1er Cas. — Aphonie hystérique complète avec intégrité absolue de l'appareil laryngé. Ce malade fut radicalement guéri par la rééducation motrice, aidée de la faradisation localisée ; en moins de deux minutes, il fut capable d'articuler une voyelle. Actuellement, après huit jours de traitement, il parle normalement.

2e Cas. — Soldat blessé, pendant la campagne du Maroc, par une balle ayant pénétré au niveau du sternum et qui se logea dans l'aisselle gauche. Un an après l'accident, il présente de la parésie du bras gauche avec anesthésie totale du membre.

En raison du siège du projectile, il y avait lieu de se demander si ces troubles étaient de nature organique ou psychique. L'emploi de la faradisation localisée intensive au moyen du râteau de Tripier, permit d'affirmer le diagnostic d'hystérie. Le même appareil servit également au traitement par la rééducation mo-

trice. Aujourd'hui, la sensibilité a reparu dans la presque totalité du membre.

Etude sur les tempéraments. — M. ***Léniez*** fait une étude originale et documentée des tempéraments. Il combat avec vigueur la conception actuellement classique qui admet des tempéraments sanguins, nerveux, bilieux et lymphatiques, conception qui n'a rien de scientifique. Il établit que c'est la fonction de nutrition qui peut seule fournir les assises d'une classification des tempéraments. Voici celle qu'il propose :

1° Tempérament d'équilibre des échanges ; 2° Tempérament d'élimination incomplète ; 3° Tempérament de nutrition insuffisante.

A chacun de ces tempéraments correspond chacun des genres de caractères déterminés par M. Ribot : l'actif, le sensitif, l'apathique.

Suivent quelques considérations intéressantes au point de vue militaire : les actifs sont des sujets d'élite, des gens d'avant-garde, des bons tireurs ; les sensitifs sont des émotifs à encadrer ; enfin les apathiques sont des gens qu'il faut sans cesse tenter de transformer,

II. — Discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Après l'exposé fait par M. Rudler d'une épidémie de fièvre typhoïde dont la cause est rattachée à l infection des vêtements et des mains au cours d'une baignade de chevaux, M. ***Collignon*** fait l'historique de la fièvre typhoïde au 25e régiment d'infanterie à Cherbourg pendant une période de vingt ans, de 1888 à 1908. C'est l'eau de la Divette, polluée par les épandages, qui a été le facteur étiologique incontestable de la typhoïde à Cherbourg pendant cette période.

Mais l'intérêt de la communication réside dans ce fait, que, malgré l'installation de filtres Chamberland, puis de stérilisateurs Salvator, la dothiénentérie ne disparut du régiment que le jour où l'on fit un usage exclusif et permanent d'eau bouillie aromatisée de thé. Par deux reprises différentes, le thé fut supprimé et la typhoïde reparut. Le fait est dû à ce qu'il existe deux canalisations d'eau, l'une d'eau stérilisée, l'autre d'eau impure, et que les hommes, malgré toutes les précautions et les défenses les plus sévères, vont boire l'eau souillée qui ne présente à leurs yeux aucune différence appréciable avec l'eau pure. Aussi M. ***Collignon*** propose-t-il que dans les garnisons qui reçoivent une eau suspecte, on distribue d'une façon permanente de l'eau bouillie aromatisée et édulcorée.

M. ***Collin*** relate une épidémie récente ayant sévi à Vannes. L'étiologie en est des plus instructives. A Vannes, il y a deux régiments d'artillerie et deux compagnies d'infanterie, ces deux dernières habitant la même vieille caserne. Seule, une des compagnies d'infanterie est atteinte de fièvre typhoïde ; toutes les autres unités sont indemnes. La compagnie contaminée consomme des salades. Or, le maraîcher qui fournit ces salades a sa fille atteinte de fièvre typhoïde et l'on jette ses déjections dans une fosse située dans le jardin et aussi sur les légumes. En outre un puits se trouve à quelques mètres en contrebas de la fosse d'aisance, évidemment non étanche, et son eau sert à l'arrosage. L'analyse bactériologique a décelé la présence du colibacille sur les feuilles de salade, aussi bien sur celles de la périphérie que sur celles du cœur.

Cette épidémie a revêtu la forme d'une véritable intoxication provoquant 44 atteintes, avec 5 décès.

M. ***Laplanche*** soumet une communication dans laquelle il propose de considérer comme cause constante et unique de la fièvre typhoïde la matière fécale et comme mécanisme étiologique habituel, la souillure des aliments par les mains infectées de matières stercorales.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 26 mars 1909.

Argent colloïdal dans la pratique urinaire. — M. ***O. Pasteau.*** — L'auteur passe en revue l'action locale l'argent colloïdal employé dans l'urètre, la vessie ou le bassinet, et son action dans l'infection générale d'origine urinaire. *Employé localement, dans la vessie ou le bassinet*, il peut avoir une action très favorable si la vessie ou le rein ne se vide pas complètement (par exemple, chez les prostatiques rétentionistes, dans les cas de cystocèle chez la femme, ou dans certaines infections rénales avec rétention). *Dans l'infection générale urinaire*, les injections de métaux colloïdaux peuvent être utiles, mais ne sauraient remplacer l'intervention chirurgicale, dès qu'elle est possible.

Judet rapporte un cas d'adénophlegmon du cou guéri sans incision, par frictions avec la pommade de Credé.

M. ***Blanc*** communique un cas de rupture du ligament rotulien par contraction musculaire chez un diabétique, traitée et guérie par la suture.

Ozenne rappelle le rôle du diabète dans la rupture des tendons et préconise la suture au fil d'argent lors de rupture du tendon rotulien.

Etiologie d'un calcul rénal enlevé par néphrolithotomie. Guérison. — **F.** ***Cathelin*** présente un calcul du rein, formé de phosphate de chaux bicalcique, enlevé par néphrolithotomie chez un jeune homme de 28 ans, atteint de mal de Pott lombo-sacré qui dans sa toute jeunesse, avait absorbé en excès du phosphate de chaux bicalcique. Guérison sans fistule.

Bonamy présente un cas de néoplasme du sein histologiquement grave opéré trois fois de récidive en un an et qui, depuis deux ans, ne présente plus trace de récidive.

Peraire présente une épiploïte consécutive à une appendicite chronique d'emblée qui occasionnait des douleurs incessantes.

Séance du 2 avril 1909.

Discussion sur l'emploi de l'argent colloïdal dans les affections chirurgicales. — M. ***Reblaud.*** — Comme antiseptique local uréthrovésical, l'argent colloïdal m'a paru bien inférieur au nitrate d'argent et à ses succédanés. Dans le traitement des abcès, je n'ai obtenu aucun résultat probant. Dans les infections utérines consécutives à l'avortement, dans les pleurésies putrides où l'intervention chirurgicale à elle seule n'amène pas la chute de la fièvre, lorsqu'on associe les injections de l'argent colloïdal à l'opération, la défervescence est immédiate.

Bonneau. — L'argent colloïdal agit dans les infections hyperthermiques. Dans les infections hypothermiques, son action me paraît plus douteuse. Depuis que j'ai vu un de mes confrères injecter directement de l'air dans les veines de l'avant-bras d'un sujet pour me convaincre de l'innocuité de cette manœuvre, la mort par embolie à la suite d'introduction d'air dans les veines de l'avant-bras me paraît problématique. Les injections de collargol dans les veines m'ont permis de constater la sensibilité de l'endo-veine. En effet, le malade perçoit nettement la fraîche coulée médicamenteuse qui remonte le long de la veine lors de l'injection.

M. ***Dupuy.*** — Dans un cas de vaste décollement para-rectal consécutif à un traumatisme de la région, à l'aide de mèches imprégnées de vaseline à l'argent colloïdal 10 %, j'ai obtenu la régression du pus et une cicatrisation rapide, ce que plusieurs interventions et de multiples lavages n'avaient pu obtenir.

M. ***Cazin.*** — Depuis dix-huit mois, j'emploie systématiquement les injections sous-cutanées d'électropalladium, d'une façon préventive, après toutes les opérations abdominales pour lésions suppurées. J'en ai obtenu les meilleurs résultats dans les cas les plus graves.

M. ***Paul Delbet.*** — Peut-être ne fait-on pas assez, dans les infections purement chirurgicales, d'injections intra-rachidiennes. De la discussion appuyée sur de nombreux cas apportés par nous tous, il résulte que, associé au traitement chirurgical et préventivement, l'emploi des métaux colloïdaux s'impose dans le traitement de toutes les infections d'ordre chirurgical.

Les docteurs ***Bonamy*** et ***Muller*** communiquent les bons résultats qu'ils ont obtenus depuis février 1907, à l'hôpital Cochin, avec l'air chaud appliqué à la chirurgie, notamment dans les gangrènes diabétiques et traumatiques, les cancers ulcérés du sein, les épithéliomas du col utérin, les cancroïdes et certaines affections cutanées. Présentation de malades et d'appareils.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 15 mars 1909.
Présidence de M. MAGNAN.

Un cas de délire d'interprétation. Présentation de malade. — M. ***Sérieux*** présente une malade qui depuis une quinzaine d'années est atteinte d'un délire de persécution systématisé, et constitué exclusivement par des interprétations erronées. Il n'existe aucun trouble sensoriel. Le délire est alimenté par des erreurs multiples de jugement, par la tendance hypertrophiée à donner une signification personnelle à mille faits insignifiants. La malade voit partout des insinuations, des allusions ; son système délirant repose donc sur la réalité, mais sur la réalité dénaturée et travestie. Malgré la fantaisie de ses fictions, la malade conserve une intelligence assez vive et toute sa lucidité. Il est intéressant de noter qu'elle n'est nullement persécutrice ; ses réactions sont de nature dépressive (idée de suicide, refus d'aliments). Cette observation peut être rangée dans la variété « résignée » du délire d'interprétation.

M. ***Magnan*** demande quelle thérapeutique on a employée auprès de la malade, et si par la persuasion on est arrrivé à quelques résultats.

M. ***Lwoff.*** — J'ai fait de la psychothérapie d'une façon suivie, mais sans résultat. La malade m'a toujours déclaré qu'en sortant elle irait voir son persécuteur pour lui faire comprendre ses torts. Aujourd'hui, comme vous le voyez, elle déclare renoncer à cette idée. Les réactions d'attaque sont évidemment à peine ébauchées.

M. ***Boissier***, en 1891, a suivi pendant 8 mois dans le service de G. Briand une malade analogue. On ne trouvait pas chez elle de phénomènes sensoriels, d'hallucinations, pas même d'illusions, mais seulement des interprétations. Pas de réaction ; la malade semblait résignée.

Un cas de pouls lent permanent avec vertiges comitiaux et troubles mentaux consécutifs. Présentation de malade. — M. ***Vigouroux*** montre un malade de 45 ans présentant actuellement le syndrome de Stokes-Adam, pouls lent permanent, vertiges épileptiques, athérome artériel, hypoacousie, bourdonnements. Ce malade, alcoolique, ayant subi un traumatisme cranien important il y a huit ans, ayant eu une polyurie intense (4 litres par jour) avec hypoazoturie, etc., a de plus des troubles mentaux de deux ordres : les uns sont consécutifs aux vertiges et ne laissent aucune trace dans le souvenir. Les autres sont de nature mélancolique, conscients et amnésiques. L'auteur discute le diagnostic du syndrome de Stokes-Adam, car la lenteur du pouls remonterait, d'après la malade, à l'âge de huit ans ; tandis que les vertiges et les autres symptômes paraissent beaucoup plus récents et peuvent être mis sur le compte du traumatisme, des intoxications et des auto-intoxications.

M. ***Dabout.*** — Il serait intéressant de savoir exactement si l'épilepsie a été consécutive au traumatisme.

M. ***Picqué*** demande si l'attaque d'épilepsie est générale, si la première n'a débuté qu'après le traumatisme. Il est très important dans ce cas de recourir à la métro-radiographie. J'ai fait avec M. Contremoulin et Infroit, dans mon service, des constatations intéressantes à ce sujet. On peut ainsi déceler des fractures de la table interne, dont Sédillot avait autrefois peut-être exagéré la gravité immédiate, mais qui provoquent tardivement des troubles psychiques sérieux. Il en existe des cas intéressants dans le mémoire de Christian.

M. le Dr ***A. Marie***, de Villejuif, rappelle le cas des traumatisés cérébraux qui, sans fracture des tables internes ni externes, ont, à la suite de plaies suppurées, des plaques de méningite septique corticale (infection par le diploë). Il a présenté à la Société des hôpitaux plusieurs pièces de ce genre recueillies dans les services d'aliénés. Il demande si le sujet présenté eut une plaie suppurante après sa chute. Dans ce cas, la radiographie pourrait peut-être aussi déceler une pachyméningite locale sans fracture.

Paralysie générale précoce avec hérédo-syphilis. — M. ***Trénel*** montre une malade âgée actuellement de 30 ans, qui a présenté les premiers symptômes paralytiques vers l'âge de 25 ans. Cette malade est mal développée et a des malformations craniennes. Mais ce qu'il y a de plus important à noter, ce sont les lésions dentaires. Les incisives présentent des sillons transversaux : leur aspect rappelle absolument les lésions figurées dans l'ouvrage de Fournier sur les stigmates de l'hérédo-syphilis, sillons de Parrot. Toutes ces réserves faites pour la possibilité d'une syphilis acquise et surajoutée, il semble s'agir ici d'une paralysie générale d'origine héréditaire.

M. le Dr ***Legrain.*** — Je rappellerai que j'ai publié il y a une vingtaine d'années un cas de paralysie générale juvénile (17 ans), suivi d'autopsie et d'examen microscopique confirmatif du diagnostic. Ce petit malade était issu de parents nettement syphilitiques. Cette observation semblerait justifier les présomptions de M. Trénel concernant l'origine hérédo-syphilitique possible de la paralysie générale, d'autant qu'il s'agit également dans son cas d'une paralysie générale très précoce.

M. le Dr ***A. Marie***, de Villejuif, rappelle à propos du cas de M. Trénel celui du malade de 18 ans présenté par M. Colin, et mort dans son service, de paralysie générale : même infantilisme, même puérilisme démentiel, jeune âge et hérédo-syphilis (réaction de Wassermann dans le liquide c.-r. et le sang).

L'exploration clinique de la sensibilité douloureuse par la pression. — Dr ***de Clérambault.*** — Certaines douleurs faciles à provoquer peuvent être utilisées en clinique.

1° *Pression unguéale.* — Courber l'extrémité de l'ongle par pression avec la pulpe d'un doigt. Douleur aiguë, immédiate, complète d'emblée.

2° *Distension ligamenteuse.* — Avec ou sans pression unguéale, on peut fléchir la phalangette de façon à allonger douloureusement ses ligaments articulaires dorsaux.

3° *Pression des interosseux dorsaux* 2 et 3. — Appuyer la pointe des deux pouces dans la portion proximale des deux espaces (la main en expérience étant tenue étendue).

4° *Pression du premier interosseux palmaire.* — Ramener avec le pouce les fibres du 1er interosseux palmaire contre et sous la crête latérale du 2e métacarpien.

5° *Pression de la crête tibiale interne.* — Cette crête interne est beaucoup plus sensible que l'antérieure. Pression avec les doigts, ou encore une règle ou planchette appliquée transversalement. La jambe mise en abduction doit reposer par sa face externe sur le dos du lit, ou bien, dans la position assise, sur une deuxième chaise.

6° *Tendons divers.* — Le maximum de sensibilité des tendons est à leur émergence musculaire, ainsi pour les tendons d'Achille, du grand pectoral, des muscles de la nuque. Pour interroger les tendons d'Achille, l'auteur montre une manœuvre spéciale (tranchant du radius).

7° *Pression sous-auriculaire.* — Ces diverses manœuvres servent spécialement à déceler chez les paralytiques généraux et les tabétiques, elles peuvent aider au diagnostic différentiel d'avec tumeur cérébrale, syphilis cérébrale, etc. L'analgésie se montre absolue chez plus de 70 pour 100 des paralytiques généraux, hypoalgésie chez les alcooliques chroniques, hyperalgésie chez certains aigus. Ces manœuvres demandent du doigté : certaines pourraient être dangereuses sur des os fragiles de P. G. et de tabétiques. *Les sensibilités interrogées sont surtout profondes.* Il y aurait lieu de chercher les connexités avec l'anesthésie osseuse au diapason et la diminution de la sensibilité articulaire (notion de position).

M. ***Picqué*** a souvent, au cours des opérations, pu apprécier combien certains sujets normaux diffèrent entre eux au point de vue de la sensibilité.

Depuis longtemps il a constaté à quel point les tabétiques sont analgésiques : beaucoup marchent sans douleur sur des fractures graves du cou-de-pied.

Quant aux paralytiques généraux, ils sont toujours insensibles et subissent les opérations les plus graves sans chloroforme et sans éprouver la moindre douleur. Chez les alcooliques la sensibilité est toujours diminuée.

M. le Dr ***Legrain*** fait observer qu'il n'y a que contradiction apparente entre M. de C. et M. P. relativement à l'état de sensibilité chez les alcooliques. M. de C. a l'occasion d'observer les alcooliques dans un paroxysme aigu où il y a en effet presque toujours exaltation de la sensibilité, tandis que M. Picqué opère en général les alcooliques à une phase avancée de la chronicité, où l'hypoalgésie est plutôt de règle.

Trois cerveaux de paralytiques généraux (un paralytique général infantile, deux paralytiques généraux aphasiques). Présentation de pièces. — M. le Dr *A. Marie*, de Villejuif, présente les préparations histologiques du paralytique général infantile discuté à l'avant-dernière séance (encéphalite interstitielle, méningite marquée dans les sillons, manchons périvasculaires, diapédèse et cellules altérées, globuleuses, diminuées de nombre et de volume).

Ces préparations obtenues par congélation sont corroborées par celles du Dr Vigouroux après inclusion dans la celloïdine.

A ce sujet, M. A. Marie indique sa technique pour la réaction de Wassermann qui éclaira ici le diagnostic.

M. le Dr A. Marie présente ensuite les encéphales de paralytiques généraux qui offrirent d'une façon persistante le syndrome aphasie-apraxie chez l'un, aphaxie-agnosie chez l'autre.

Chez le premier, les lésions corticales diffuses affectaient une prédominance macroscopiquement manifeste dans les zones temporales ; chez le deuxième malade (agnosique) les lésions prédominaient dans la zone de Wernicke et le pli courbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 avril 1909. — Présidence de BURET, Président.

Hypersensibilité d'un tuberculeux pulmonaire à l'exercice physiologique de respiration. — M. *G. Rosenthal* présente l'histoire d'un tuberculeux qui, soumis à la suralimentation rationnelle et au cacodylate de soude, restait à un poids stationnaire ; 25 respirations en 4 séances faites en un mois donnèrent une augmentation en poids de 4 kilogs. A cause de la marche progressive de lésions locales, le traitement a dû être interrompu.

M. *Dartigues* s'associe aux idées exposées par l'auteur et est heureux de constater que les médecins s'intéressent actuellement à ces méthodes.

Kyste dermoïde de la région sacro-coccygienne. — MM. *Dartigues* et *Mircouche* présentent le cas d'un kyste dermoïde suppuré de la région sacro-coccygienne chez un homme de 33 ans. Ce kyste contenait une mèche importante de cheveux. Pour être évacué et poursuivi dans ses diverticules nombreux, il fallut faire un grand délabrement et une incision de 30 cm. La plaie, formidable, guérit fort bien, mais demanda trois mois à se cicatriser. Ce cas est curieux au point de vue de la latence des symptômes ; ce kyste, d'origine congénitale, ne se manifesta qu'à l'âge de 31 ans ; le diagnostic qui semblait le plus probable était celui d'une tumeur blanche de l'articulation sacro-coccygienne. Les auteurs croient à l'influence de poussées rhumatismales dans l'articulation sacro-coccygienne, dans l'infection de ce kyste . le malade avait, en effet, eu plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement. — M. *Lance*. — Depuis une dizaine d'années, en Amérique et en Allemagne, beaucoup de chirurgiens pratiquent le lever précoce des laparotomies. M. Lance apporte les résultats d'une enquête qu'il a entreprise sur la technique actuelle des chirurgiens à Paris et en province et tâche d'établir les indications et contre-indications de la méthode. Il y a des malades qu'on doit lever tôt, d'autres qui, au contraire, doivent rester longtemps au lit. Mais pour beaucoup de malades la durée classique du séjour au lit peut, moyennant certaines conditions et des modifications de technique et de pansement, être raccourcie avec profit pour le malade.

M. *Theuveny*. — En ce qui concerne le lever des accouchées, il doit être basé sur l'évolution de l'utérus et l'écoulement lochial. On ne peut donc fixer de règle absolue ; c'est ainsi que les grandes multipares, les gémellaires, les infectées, les fatiguées, ayant une subinvolution utérine, seront justiciables d'un lever tardif, alors qu'une accouchée dont l'utérus aura disparu derrière le pubis et dont l'écoulement aura cessé dès le 9e jour pourra se lever sans danger. Le lever trop précoce (2e-3e jour) nous semble très imprudent.

M. Cazin estime qu'il n'y a pas lieu de formuler des lois générales au sujet du lever précoce des laparotomisés. En ce qui concerne les fibromyomes de l'utérus, en particulier, on ne saurait être trop prudent, et il te à ce propos un cas d'embolie au 10e jour, chez une femme à laquelle il avait simplement fait une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal, avec les suites opératoires les plus simples, sans la moindre élévation de température.

M. Dartigues trouve que M. Lance a bien fait d'apporter à cette tribune cette question qui intéresse à la fois, médecins, chirurgiens et accoucheurs. Mais il estime qu'il ne faut pas être trop exclusif et qu'il y a un juste milieu à observer. Il considère que l'hystérotomie pour fibrome n'est pas une opération qu'il faille considérer comme bénigne, et l'embolie est, là, plus particulièrement à craindre. Il fait remarquer que dans les communications au sujet du lever précoce on n'a pas vraiment précisé l'avantage réel de ce lever.

M. *Verchère* demande quels avantages il peut y avoir à faire lever les malades trop tôt ; pour sa part, il n'en voit aucun.

Lithiase biliaire fruste. — M. *G. Reignier*, de Surgères, a remarqué que les cas de lithiase biliaire fruste sont innombrables.

Au point de vue du diagnostic, il trouve que la douleur vésiculaire à la pression, sans pylorisme, sans exsudation sanguine dans l'intestin (réaction de Weber) est d'une importance colossale.

Quant au traitement, il se compose, en dehors de l'hygiène alimentaire et de douches appropriées, d'un médicament presque unique, merveilleux dans ses résultats : le cacodylate de soude, en injections sous-cutanées; il le considère comme un spécifique et lui associe le salicylate de soude et le boldo.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'Hygiène à l'usage du personnel de service des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris ; par MM. ALBERT LE PLAY et ANDRÉ MESUREUR, professeurs à l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique de Paris (chez Masson et Cie, 1909.)

Félicitons sincèrement les auteurs de présenter sous une forme concise, claire et belle, un véritable *Précis d'Hygiène* qui ne peut rendre que de grands services au personnel des hôpitaux auquel cette brochure de 71 pages est dédiée. Tout l'éloge qu'on en peut faire se trouve d'ailleurs accaparé par une excellente préface du doyen Landouzy, à laquelle fait suite une instruction réglementaire par laquelle M. le Directeur général de l'Assistance publique entend faire observer les prescriptions contenues dans ce précis d'hygiène. Ces prescriptions sont d'ailleurs courtes et sont relatives à la *propreté corporelle*, le *linge du corps*, l'*eau*, le *régime alimentaire* (l'alcoolisme), l'*hygiène contre la fièvre typhoïde*, la *tuberculose*, les *maladies contagieuses* et *vénériennes*, etc.

Les infirmières trouvent aussi des renseignements administratifs sur les congés sur le service médical de constatation et de contrôle, sur les maisons de convalescence dépendant de l'A. P., etc.

Bref, MM. LE PLAY et ANDRÉ MESUREUR ont fait une œuvre de propagande des plus utiles, et ce *Précis d'hygiène*, gentiment imprimé par les pupilles de l'Ecole d'Alembert, pourrait s'adresser fort à propos à tous les « Travailleurs » ! lesquels ne devraient pas vivre seulement de toute parole qui sort de la Bourse du « Travail ». C.

Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation ; par les docteurs SÉRIEUX et CAPGRAS, médecins des asiles d'aliénés de la Seine. (1 vol. in-8o de 380 pages, chez Félix Alcan Paris, 1909.

Dans cet intéressant volume les auteurs étudient avec méthode les individus atteints de ces états psychopathiques qui sont réunis sous la dénomination de folies raisonnantes. Ces états forment un groupe artificiel. Aussi est-il nécessaire de les classer soigneusement, de décrire leurs variétés, leur évolution, leurs différences avec des états voisins.

Les sujets atteints de cette psychopathie, en dehors de leur délire partiel et limité, possèdent toute leur vivacité d'esprit et toute facilité pour discuter et affirmer : c'est cette association de folie et de raison qui les fait appeler fous raisonnants.

MM. Sérieux et Capgras, s'appuyant sur un grand nombre d'observations, dont beaucoup sont personnelles et suivies depuis de

lorgues années, exposent les causes et la genèse de ces types morbides, et ils les séparent du délire de revendication des psychoses interprétatives et des délires hallucinatoires.

Les trois derniers chapitres de leur volume s'occupent de l'historique de cette affection, de sa situation nosographique, de son traitement et des mesures médico-légales qu'elle entraîne.

G. P.-B.

Faculté de médecine de Paris

Du 28 avril au 1er mai 1909.

Examens de doctorat.

Samedi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt. — 1er (oral) : MM. Quénu, Marion et Morestin. 3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Brindeau ; (2e partie): MM. Chauffard, Widal et Jeanselme. — 4e : MM. Gilbert, Langlois et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; (2e série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt ; (3e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

Thèses

Mercredi 28 avril 1909, à une heure, — M. Viboq. Etude sur les traitements des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. (MM. Pinard, président ; Gaucher, Segond et Marcel Labbé). — M. Ronsin. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la fistule maligne. (MM. Gaucher, président ; Pinard, Segond et Marcel Labbé). — M. Guichou. Considérations sur divers procédés de fermeture de la paroi abdominale sans fils perdus. (MM. Segond, président ; Pinard, Gaucher et Marcel Labbé).

Jeudi 29 avril, à une heure. — M. Iglesias. Les anomalies des artères du rein. Etude anatomique, pathologique et chirurgicale. (M. Pozzi, président ; Albert Robin, Marion et Carnot). — M. Gy. Le tabagisme. Etude expérimentale et clinique. (MM. Albert Robin, président ; Pozzi, Marion et Carnot).

Prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 17 *mai* 1909, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 1er mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1909.

Assistance Publique de Paris

Titularisations. — Par arrêt ministériel, en date du 30 mars 1909 : M. le docteur Claude, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, est nommé, pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef du service de l'hôpital Andral.

M. le docteur Marie (René), médecin des hôpitaux, est nommé, pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef du service à l'hôpital bastion 29.

M. le docteur Auclair, médecin des hôpitaux, est nommé, pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef du service à l'hôpital bastion 29.

M. le docteur Michon, chirurgien des hôpitaux, est nommé pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef de service à l'hôtal Cochin-annexe.

M. le docteur Savariaud, chirurgien des hôpitaux, est nommé, pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef de service à l'hôpital Trousseau.

M. le docteur Ombredanne, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, est nommé, pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef de service à l'hôpital Hérold.

M. le docteur Robineau, chirurgien des hôpitaux, est nommé pour prendre rang à partir du 1er mars 1909, médecin chef du service à l'hôpital d'Ivry.

Concours de l'Internat. — Le Concours de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier. Voici d'abord la fin des épreuves :

Oral (fin). — *Mercredi 7 avril.* — Questions posées : *Anatomie du nerf grand hypoglosse, depuis son origine apparente (sans physiologie)* ; *Pneumothorax tuberculeux.* — MM. Montet 16, Phllippon 14, Routier 15, Chauvet 15, Nadal 13, Pizon 13, Miégeville 13, Huyghues de Beaufond 13, Gouguet de Girac 11, Buc 14.

Jeudi 8 avril (matin). — Questions posées : *Les muscles long et court supinateurs avec leurs nerfs (anatomie sans physiologie)* ; *paralysie radiale.* — MM. Chevallier 13, Trotain 8, Amoudrut 14, Rose 10, Monod 12, François (René) 15, Latil 14, Villechaise 11.

Jeudi 8 avril (soir). — Questions posées : *Anatomie de l'artère iliaque interne (trajet, rapports et branches)* ; *symptômes et diagnostic différentiel de l'ostéomyélite aiguë des adolescents.* — MM. Colombe 11, Delivet 8, Dufour 9, Renaud-Badet 13, Ferry 17, Clarac 15, Sédillot 12, Carnot 11, Vignes 10.

Vendredi 9 avril. — Questions données : *Configuration intérieure et rapports du pancréas* ; *Symptômes et diagnostic différentiel des coliques néphrétiques.* — MM. Lévy (Alfred) 10, Malet (Ch.) 13, Rousseau 13, Bloch (Jacques) 16, Roullier 10, Sébillotte 10.

Epreuve supplémentaire pour la nomination a la première place. — Questions données : *Trompe d'Eustache (anatomie sans physiologie)* ; *Coma diabétique.* — MM. Fabre 20, Mondor 19.

Voici maintenant la liste de classement des 54 internes titulaires et des 70 Internes provisoires qui ont été nommés à la suite du concours.

Internes titulaires. — MM. 1. Fabre, 2. Mondor, 3. Miginiac, 4. Mlle Neveux ; MM. 5. Baufle, 6. Marcel Bloch, 7. Caïn, 8. Philibert, 9. Séjournet, 10. Chatelin, 11. Pierre Lévy, 12. Fouchet, 13. Brodin, 14. Passot, 15. Maillet, 16, Rolland, 17. Clarac, 18. Lorin, 19. Saint-Girons, 20. Pellot, 21. Lechevallier, 22. Prélat, 23. Liébault, 24. Métivet, 25. May, 26. Logre, 27, Gendron, 28, Brocq, 29. Bith, 30. Pakowski, 31. Caudrelier, 32. Bachy, 33. Nicaut, 34. Séguinot, 35. Loubeyre, 36. Pont, 37. Caillé, 38, Samson, 39. Garsaux, 40. Carrié, 41. Leveuf, 42. Montel, 43, Brac, 44. Toulant, 45. Aine, 46. Ségard, 47. David Thibaut. 48. Baron, 49. Maurice Ferry, 50. Mutel, 51. Chevallier, 52. de Vaugiraux, 53. Girou, 54. Fontorbe.

Internes provisoires. — MM. 1. Morancé, 2. P. Pruvost, 3. Dufourmentel, 4. Legrand, 5. Chauvet, 6. André Bloch, 7. Jumon, 8. Pignot, 9. Routier, 10. Jacques Bloch, 11. Baumgartner, 12. Emile Viel, 13. Philippon, 14. Croissant, 15. René Francois, 16. Desbouis, 17. Ecalle, 18. Weissebach, 19. Corpechot, 20. Dournay, 21. Latil, 22. Rober-Monod, 23. Henri Petit, 24. Mignot, 25. Renaud-Badet, 26. de Cumont, 27. Bernard, 28. Huber, 29. Amaudrut, 30. Nadal, 31. Aubry, 32. Mlle de Jong ; MM. 33. Emile Rousseau, 34. Ducamp, 35. Claude Gautier, 36. Buc, 37. Nadier, 38. Henri Durand, 39. Desplas, 40. Pizon, 41. Zistin, Gauchery, 43. Buslé, 44. Charles Renault, 45. Weber 46, Miègeville, 47. Carnot, 48. Tissier, 49. Emile Bonnet, 50. Huyghues, de Beaufond, 51. de Berne Lagarde, 52. Paris, 35. Mlle de Pieffel ; MM. 54. Bergeret, 55. Turquety, 56. Virenque, 57. Bollach, 58. Gouguet de Girac, 59. Vignes, 60. Sédillot, 61. Colombe, 62. Mairesse, 63. Ramadier, 64. Boivin, 65. Malarte, 66. Jacquemin, 67. Bougot, 68. Rose, 69. Villechaise, 70. Gillard.

Concours de l'Internat de Brévannes, Ste-Périne et Hendaye. — A la suite de ce concours ont été nommés internes :

1° *A Brévannes et Ste-Périne.* — MM. Dufour, Ghys, Dutheil, Ferry, Noguès et Pernet.

2° *A Hendaye.* — MM. Finot et Bougeant.

A l'Etranger.

Odessa. — Le Dr Philamon est nommé privat-docent de chirurgie.

Saint-Pétersbourg. — Le Dr Powarnim est nommé privat-docent de neurologie.

Rome. Le Dr Mancioli est nommé privat docent d'ophtalmologie.

Egypte. — Le Gouvernement Egyptien a décidé d'accorder une subvention de 1.000 Livres égyptiennes (25.923,5 francs.) à la Commission internationale d'Etudes de la maladie du sommeil.

Berlin. — Le *Comité central pour la lutte contre la tuberculose* a décidé l'établissement d'un musée ambulant, pour expliquer aux diverses classes du peuple la nature et les dangers de la tuberculose, ainsi que les moyens de s'en préserver ou de s'en guérir.

Le même Comité a reçu pour la *lutte contre le lupus* les premiers dons de 5.000, 10.000, 15.000 marks.

Stockholm. — Du 7 au 10 juin aura lieu la conférence internationale sur la tuberculose.

Salzburg. — Il va se fonder dans cette ville une Université catholique. Les fonds recueillis s'élèvent actuellement à 3.154.000 couronnes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Technique des injections de sérum antiméningococcique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique ;

Par M. **Ch. DOPTER**.
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique est entré dans une phase nouvelle : aux traitements usuels, symptomatiques (bains chauds, ponctions lombaires répétées, collargol ou électrargol) a succédé un traitement spécifique, qui déjà a donné les plus heureux résultats : la *sérothérapie antiméningococcique*.

Ce traitement s'applique avec une technique spéciale qu'il convient de bien connaître sous peine de s'exposer à des échecs.

1° *Les injections sous-cutanées de ce sérum sont inefficaces*.

Des tentatives faites en Allemagne et aux Etats-Unis à l'aide de ce procédé ont complètement échoué. Quelques chiffres le prouvent surabondamment.

Statistique de Schultz :

Mortalité sans sérum..........	53.7 p. 100
— avec sérum..........	56.3 p. 100

Statistique de Ch. Muller :

Mortalité sans sérum..........	73.3 p. 100
— avec sérum..........	75 p. 100

Robb, Lévy, Schöne, notent des résultats identiques.

Ils s'expliquent, car il est démontré qu'une substance étrangère introduite dans l'organisme ne passe pas dans le liquide céphalo-rachidien. A l'état normal, la méninge est imperméable de dehors en dedans. Si elle est perméable dans la méningite tuberculeuse (Widal Sicard et Monod), elle est imperméable dans les méningites suppurées (Griffon, Sicard et Brécy).

2° *Les injections doivent être faites dans la cavité arachnoïdienne*.

En raison de cette imperméabilité de la séreuse, le sérum doit être porté *loco dolenti* : dans la cavité arachnoïdienne, où siège tout le processus morbide. L'injection doit être précédée d'une ponction lombaire dont la technique mérite d'être rappelée à cette occasion.

a) *Ponction lombaire.* — Placer le malade au bord du lit dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies le plus possible vers le tronc (position en chien de fusil). Autant que possible, faire bomber le dos (pour que les lames vertébrales présentent un écartement maximum). La tête doit être légèrement surélevée sur le traversin.

Chercher ensuite le point où la ponction sera effectuée : il faut ponctionner dans le 4e espace lombaire, entre la 4e et la 5e vertèbres lombaires. Ce lieu d'élection se trouve aisément sur une ligne transversale qui réunit les 2 crêtes iliaques. En ponctionnant en cette région, on est sûr de ne pas atteindre la moelle qui s'arrête au niveau de la 2e lombaire; on pénètre donc en pleine queue de cheval, dont les racines fuient devant l'aiguille (on ne doit donc avoir aucune crainte de les piquer.)

L'aiguille à employer doit être en platine, longue de 8 à 9 centimètres, large de 8 à 10 millimètres ; l'extrémité piquante est taillée en biseau ; l'autre doit s'adapter à l'embout d'une seringue de Roux. L'aiguille doit être consciencieusement bouillie au moins pendant dix minutes. L'asepsie doit être rigoureuse pour éviter les souillures lors de la ponction et surtout lors de l'injection.

Après une antisepsie parfaite du champ opératoire, un doigt stérile placé sur le lieu de la piqûre, on enfonce l'aiguille *au milieu* de l'espace choisi, dans l'axe médian du corps ; la peau perforée, on pénètre à travers les ligaments intervertébraux réunissant les apophyses ; puis on donne à l'aiguille une très légère obliquité de bas en haut, et l'on continue à la pousser progressivement, sans à-coup. On éprouve alors comme une sensation cartilagineuse ; un peu plus loin, l'aiguille est dans le canal rachidien, et le liquide céphalo-rachidien s'écoule. Chez l'adulte, l'espace à parcourir est de 4 à 6 centimètres ; chez l'enfant, suivant l'âge, de 1 à 3 cent.

Durant ce trajet de l'aiguille, il arrive parfois que celle-ci heurte un plan osseux. En ce cas, la retirer légèrement, lui donner une autre direction : après quelques tâtonnements, on trouvera aisément le chemin qu'il convient de lui donner.

Il peut arriver qu'une fois l'aiguille en place dans le sac arachnoïdien, il n'y ait aucune issue de liquide : c'est qu'elle peut être bouchée par un peloton adipeux venant des plans qu'elles a traversés.

On y remédie en enfonçant dans le chas de l'aiguille le mandrin (stérile lui aussi), et en débouchant ainsi l'extrémité. Pour éviter cet inconvénient, j'ai l'habitude d'enfoncer d'emblée l'aiguille armée de son mandrin qui affleure seulement à l'orifice ; une fois qu'elle est en place, on retire le mandrin et le liquide s'écoule.

Parfois encore, il n'y a pas d'issue de liquide parce que le biseau de l'aiguille est obturé par la masse de la queue de cheval : un léger mouvement de rotation et surtout de retrait de l'instrument a souvent raison de ce petit accident.

Souvent enfin, du sang vient se mélanger au liquide céphalo-rachidien (une veine du plexus veineux a été blessée). Après issue de quelques gouttes, le sang peut avoir disparu, ou bien son écoulement est constant. En ce dernier cas retirer l'aiguille et reponctionner dans l'espace inférieur ou supérieur.

Recueillir le liquide céphalo-rachidien qui sourd (habituellement sous forte pression dans les méningites) dans une éprouvette graduée stérile (car en vue de l'injection, il faut connaître exactement la quantité soustraite). A défaut d'éprouvette graduée, on peut utiliser les flacons de sérum de 10 c.c. qui permettent d'apprécier approximativement cette quantité.

b) *Quelle quantité de liquide céphalo-rachidien faut-il soustraire ?* — Quand il s'agit d'une ponction lombaire simple, la question peut n'avoir pas très grande importance (on sait seulement qu'il faut s'arrêter quand le malade manifeste une exagération de la céphalée.) Mais quand la ponction doit être suivie d'une injection de sérum, elle présente une *importance capitale*.

Il faut soustraire au moins autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum ; car si la quantité de liquide soustrait est inférieure à la quantité de sérum injecté, on provoque des phénomènes de compression se traduisant par une exaspération de la céphalée, des convulsions, des syncopes qui peuvent être mortelles.

Bien plus, à mon sens, il vaut mieux enlever *plus de liquide* qu'on injectera de sérum. Ainsi, pour une injection de 20 cc. j'enlève volontiers 25, 30, 35 cc. de liquide. Cette façon de procéder semble présenter un triple avantage.

1° On enlève de la cavité arachnoïdienne plus de substances toxiques.

2° On assure une certaine décompression.

4° Le sérum introduit est moins dilué.

C'est pour tous ces motifs qu'il convient de mesurer exactement la quantité de liquide céphalo-rachidien qui s'écoule.

Si l'on ne peut retirer que 2, 3, 5 cc., ce qui arrive parfois, il ne faut à aucun prix injecter davantage de sérum.

c) *Injection de sérum.*— Avant la ponction lombaire, on a chargé une seringue de Roux de la quantité de sérum qu'il convient d'injecter. Ce sérum a été préalablement tiédi à 38.

On adapte alors l'embout de la seringue à l'extrémité extérieure de l'aiguille, restée en place, et l'on pousse l'injection lentement progressivement, sans à-coup.

L'opération terminée, on retire brusquement l'aiguille, on lave antiseptiquement, et l'on place sur la plaie du coton imbibé de collodion.

Immédiatement après, il convient de placer le malade dans une position favorable à la diffusion du sérum vers les centres nerveux supérieurs. Dans ce but, *surélever notablement le bassin au-dessus de la tête* : enlever traversins et oreiller, et placer sous le bassin un ou plusieurs coussins. Au besoin soulever les pieds postérieurs du lit sur une brique par exemple. Laisser le malade dans cette situation pendant 5 à 6 heures. S'il a du délire, ou présente de l'agitation, ne lui permettant pas de la conserver, faire sans hésiter une injection de morphine.

d) *Quelle quantité de sérum faut-il injecter ?*— Elle varie suivant l'âge du malade et la gravité du mal.

Pour un enfant de moins de deux ans, 10 à 15 cc.

Pour un enfant plus âgé, 15 à 20 cc.

Pour un adulte, 20, 30, 40 cc.

Les doses doivent être d'autant plus élevées que le cas est plus grave.

Les injections doivent être renouvelées pendant 2, 3 et même 4 jours consécutifs, même si l'amélioration est manifeste, pour éviter les retours offensifs.

Cette manière de procéder a d'autant plus de raison d'être si l'amélioration n'est que légère ou même n'existe pas.

L'appréciation de l'amélioration doit porter non seulement sur les symptômes méningitiques eux-mêmes, mais aussi sur l'état général. Un sujet chez lequel les troubles méningés disparaissent, mais qui garde un mauvais état général, doit subir de nouvelles injections.

Les rechutes, s'il en advient, seront traitées d'une façon identique.

L'action du sérum est d'autant plus efficace et rapide qu'il est injecté à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aussi le *diagnostic* demande-t-il a être établi d'une façon précoce.

Les résultats de la ponction lombaire constituent presque le critérium de ce diagnostic ; un malade présentant avec des symptômes méningés, un liquide céphalo-rachidien purulent ou seulement louche, doit être considéré comme atteint de méningite cérébro-spinale.

Mais toute méningite cérébro-spinale n'est pas produite par le méningocoque de Weichselbaum ; d'autres causes peuvent l'engendrer. Pour établir le diagnostic d'une façon ferme, un examen bactériologique est nécessaire.

Il serait toutefois imprudent d'attendre les résultats de ce dernier pour faire bénéficier le sujet d'une sérothérapie si efficace (en certain cas, une attente de quelques heures peut lui être très préjudiciable) ; avant d'avoir la preuve bactériologique, il faut donc traiter au plus tôt par le sérum.

En d'autres termes, devant un malade suspect ou avéré, faire une ponction lombaire, et si le liquide est trouble, ou simplement opalescent, pratiquer de suite une injection de sérum. Faire l'examen bactériologique, ou le faire faire par le laboratoire le plus voisin.

En attendant la réponse, continuer le traitement sérothérapique.

Le laboratoire répond : il s'agit d'une méningite à pneumonocoque, à streptocoque, etc. On peut cesser les injections de sérum, qui seraient inefficaces.

Le laboratoire n'a décelé aucun germe par l'examen direct ou la culture : en ce cas, qui se présente même si le méningocoque est en cause, il est prudent de continuer à traiter le malade par le sérum jusqu'à sa guérison.

Un cas de torsion épiploïque ;

Par **R. PÉRIER**,
interne des hôpitaux de Paris.

Il nous a paru intéressant de relater l'observation suivante qui a trait à un cas méconnu de torsion intraabdominale du grand épiploon, affection rare, puisque Lejars n'en a réuni que 66 observations (*Semaine médicale*, février 1907.)

Le 11 mars 1909, entre d'urgence à l'hôpital Necker le nommé O. Ho..., âgé de 50 ans, avec le diagnostic de « hernie ancienne irréductible, engouée (?) » C'est un homme obèse présentant une grosse épiplocèle inguinale droite irréductible depuis fort longtemps et maintenue par un bandage. A gauche, hernie moins volumineuse et réductible.

Depuis la veille, le malade a été pris de coliques peu violentes, la hernie droite est devenue douloureuse et la pression à son niveau est pénible. Selle le matin, et depuis, de nombreux gaz. Ni vomissements, ni nausées. Ventre un peu ballonné : légère douleur et un peu de défense au point de Mac Burney. Langue saburrale, humide. Facies excellent. Urines rares, très chargées, ne contenant ni sucre ni albumine. Température 39° 5, pouls 120.

Une large vessie de glace est appliquée sur le ventre et sur la hernie droite : le malade, très soulagé, passe une bonne nuit.

Le lendemain matin, 12 mars, on perçoit un plastron abdominal, très nettement délimité par une courbe à convexité supérieure, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, se poursuivant d'autre part en bas jusqu'au pubis également à droite et à gauche. Cette masse, absolument médiane, est dure, non fluctuante, submate, immobile et indolore. Le ventre est souple au-dessus, la peau absolument normale. Selle et gaz. Ni vomisssements ni nausées. Température 38°, pouls 120. Urines rares.

Le soir, la température est à 38°2, le pouls bien frappé est un peu plus accéléré, à 128.

Le 3e jour, l'état local ne s'est pas modifié : le pouls est toujours rapide, la température tend à baisser. Le malade se plaint d'un peu de gêne de la respiration : on le fait asseoir pour l'ausculter : il n'y a rien aux poumons ni au cœur, mais une demi-heure environ après avoir déplacé le malade, celui-ci présente une oppression extrême, avec angoisse, toux, sueurs profuses, pouls filant et il meurt en quelques minutes d'embolie foudroyante.

A l'autopsie nous avons pu constater qu'il s'agissait de torsion intraabdominale du grand épiploon.

L'épiploon adhère au niveau du collet du sac herniaire droit : en ce point, il est normal, non tordu. Au-dessus, se trouve une masse du volume d'une tête d'enfant. C'est l'épiploon tordu à trois travers de doigt environ de son insertion colique. Ce bloc est dur, congestionné, d'un rouge vineux, œdématié, en voie de sphacèle et présente un enchevêtrement très complexe. Les veines sont turgides et dilatées. L'intestin est absolument normal. Il n'y a aucune réaction péritonéale.

Ce qu'il y a d'un peu particulier dans ce cas, c'est, d'une part, la situation nettement médiane de la tumeur, d'autre part, son contour précis, enfin cette terminaison subite par embolie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Syndicats médicaux à Paris.

Aux prises avec des difficultés professionnelles toujours grandissantes, encerclé de collectivités puissantes qui semblaient vouloir l'ignorer ou le réduire, le corps médical français s'est enfin réveillé de sa torpeur académique; et sans se croire parjure devant Hippocrate, il a daigné descendre dans l'arène de la « mêlée sociale », pour défendre quand il le faut, ses intérêts menacés. D'où la naissance des Syndicats médicaux, sous le couvert de la loi du 30 nov. 1892 (art. 13), permettant aux médecins de « se constituer en associations syndicales dans les « conditions de la loi du 21 mars 1884 (1), pour la dé- « fense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de « toutes personnes autres que l'Etat, les Départements et « les Communes. »

Aujourd'hui, la France est couverte de syndicats médicaux qui ont jailli des nécessités nouvelles en des temps nouveaux, au son du cor d'apôtres infatigables en tête desquels on aperçoit, comme reliant le passé au présent, le regretté J. Le Baron et J. Noir.

Si maintenant on examine la carte médico-syndicale, il est permis de saisir certaines différences en comparant Paris avec le reste de la France. En province, et dans la plupart des cas, le médecin exerce dans des milieux relativement restreints, où l'homogénéité corporative peut se concevoir et s'obtenir, où l'union plus facile peut conduire plus facilement aux sanctions pratiques, où le syndicat médical peut souvent résumer à lui seul, et assez fidèlement, la vie professionnelle de l'endroit.

En est-il de même pour Paris ? Et les deux Syndicats (2) qu'on y trouve actuellement, peuvent-ils logiquement et efficacement prétendre, l'un ou l'autre, ou l'un et l'autre, à représenter en tout et pour tout, dans toutes ses aspirations et tous ses besoins, le corps médical parisien ? En d'autres termes la forme syndicale convient-elle seule et se suffit-elle dans une fourmilière de plus de 3600 médecins, où la vie professionnelle est à la fois si intense et si diverse ? C'est ce que je me propose d'examiner sommairement, à l'occasion d'un tout petit incident récent.

***

Ces temps derniers, le *Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement*, réuni en séance, était avisé par un des membres présents que le *Syndicat des Médecins de la Seine* (1) avait écrit à chacun des Maires de Paris, pour lui annoncer la visite d'un Délégué du Syndicat et pour le prier de réserver des places au sein de la Commission locale d'hygiène aux médecins syndiqués de l'arrondissement. Cette nouvelle, bien que de prime abord elle pût paraître étrange, semblait devoir bénéficier de l'oubli (2), quand plusieurs semaines après, c'est-à-dire d'une façon peut-être un peu tardive, le *Syndicat médical de Paris* a cru devoir informer les Présidents des Sociétés d'arrondissement de ce fait divers qu'ils pouvaient ne pas ignorer.

On devine le reste : nouvelle circulaire du Syndicat des Médecins de la Seine, adressée cette fois aux Présidents des Sociétés locales, et par pli recommandé, s'il-vous plaît (pauvres Présidents !). Bref, ce fut finalement gai de voir nos deux syndicats sembler se faire une scène de jalousie — ainsi que deux amoureux qui se cherchent et qui finiront par s'embrasser.

Mais revenons au point de départ, et demandons-nous si, à Paris, ville qui, à tant de points de vue, se différencie de la France, un syndicat médical pourrait arguer du légitime besoin de s'étendre, pour mettre vanité à vouloir absorber à lui seul, fût-il grand et d'un fort appétit, tout le mouvement médical parisien. Car il ne conviendrait pas plus confondre médicalement la France et Paris, qu'il ne faudrait montrer la velléité de faire fonctionner un syndicat médical à l'instar d'un syndicat d'ouvriers. A la Bourse du « travail » (on a parlé de ce milieu dans nos syndicats) bouillonnent des syndicats de terrassiers, de plombiers, de cordonniers, etc., etc., c'est-à-dire autant de corps de métiers bien définis que ne tourmentent guère les *intérêts moraux*, et qui ne présentent pas une sensible diversité *d'intérêts matériels*. A Paris, au contraire, la confraternité médicale est une base encore bariolée sur laquelle se meuvent, en proportions respectables : des savants, des médecins « officiels », des anciens internes,

(1) Loi sur les syndicats. — *Art.* 3 — Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.

Art. 6. — Les syndicats professionnels de patrons ou d'ouvriers pourront ester en justice... Ils pourront librement créer et administrer des offices de renseignements pour les offres et demandes de travail ; ils pourront être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité. Dans les affaires contentieuses, les avis du syndicat seront tenus à la disposition des parties, qui pourront en prendre communication ou copie.

(2) Syndicats à caractère général, dont l'un a, peut-être par imprévoyance, engendré l'autre.

(1) Lettre du secrétaire général du Syndicat : « Monsieur le « Maire. Le *Syndicat des médecins de la Seine* n'est pas seulement « un organe de défense professionnelle, mais tend aussi, de plus « en plus, à intervenir dans les questions d'hygiène sociale. Je vous si- « gnale à ce titre que ce *Syndicat* (comprenant 1500 Membres) vient de « créer des Sections d'arrondissement, et que chacune d'elles comprend « la majorité des praticiens de cet arrondissement. Cette organisa- « tion serait heureuse, Monsieur le Maire, si vous vouliez faire appel à « son concours dans toutes les questions sanitaires de l'arrondisse- « ment, et le *Syndicat* vous serait reconnaissant si, dans les commis- « sions d'hygiène dépendant de la Mairie, vous vouliez bien réserver « des places pour les Délégués des Médecins syndiqués de l'arrondis- « sement.

« Monsieur le Dr....... demeurant....... est actuellement le Syn- « dic de votre arrondissement. Je le prie de se mettre en rapport avec « vous, et vous serais obligé de lui faire bon accueil.

Veuillez agréer, etc.

(2) Dans certains arrondissements, le président de la société locale s'est préoccupé de la démarche du Syndicat.

des médecins spécialistes, des médecins « fonctionnaires » (1) des médecins non « fonctionnaires », qui ne veulent pas ou qui voudraient l'être, etc. ; c'est-à-dire qu'on distingue à Paris, en traits suffisamment marqués, autant de petites corporations dans la grande, auxquelles correspondent autant de sociétés au caractère scientifique ou professionnel et défensif : *Sociétés savantes*, *Société de Médecins inspecteurs des Ecoles*, *Sociétés des Médecins de l'Assistance médicale* ; *Sociétés des Médecins de la Préfecture, des Postes et Télégraphes* ; *Syndicats des Spécialistes*, *des Médecins de Théâtre*, etc., etc.

Tout cet ensemble a pour couvertures non pas seulement les deux grands syndicats de Paris (la couverture serait encore trop étroite), mais l'union des *Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine*, au sein desquelles un grand nombre de médecins, quoique foncièrement imbus de l'idée d'association défensive et active, ne voient pas nécessairement dans la forme syndicale une forme exclusive répondant à tous les besoins, permettant de défendre partout, avec une égale autorité et un égal succès, l'ensemble des intérêts professionnels. Ils estiment, à tort ou non, ces nombreux confrères, que, s'il est vrai que les syndicats représentent une force légale pour la meilleure défense de nos intérêts *matériels* contre les tiers (compagnies, mutualités, charlatans, etc.), l'idée même de coercition qu'implique la forme syndicale n'autorise pas à considérer cette forme d'association comme traduisant, dans toutes les circonstances de la vie médicale, la conception la plus haute, la plus désintéressée, la plus pure, la plus aimable, des intérêts *moraux* de la profession. Il faut donc, à Paris du moins, compter avec des groupements d'opinions et de compétences diverses, que délimitent et que précisent des associations plus ou moins puissantes, qu'on ne peut heurter sans dommage pour l'intérêt commun. Il faut, au contraire, reconnaître ces forces éparses ; il faut les respecter et les utiliser pour essayer d'atteindre ensemble et à égalité, sans convoitise tacite d'hégémonie syndicale, cet idéal d'intérêt commun : *l'unité confraternelle*.

***

Mais comment assurer l'union du corps médical parisien ? Ce serait d'abord que nos syndicats médicaux voulussent bien renoncer au rêve d'universalité. Ce don, ils ne l'ont pas, et ils ne peuvent prétendre, fussent-ils numériquement plus grands, à représenter à tous points de vue, avec justesse et équité, sans s'ébranler eux-mêmes, l'opinion générale du corps médical parisien, j'entends l'opinion des praticiens. C'est pour ainsi dire *au contentieux* que les syndicats détiennent de la loi la plénitude de leur force. Et il suffirait à Paris d'un seul syndicat médical, qui n'en n exercerait qu'avec plus d'autorité son monopole de gendarmerie ou de sûreté générale, en mettant éventuellement sa force coercitive au service de toute la corporation parisienne, au service même de tous les groupements professionnels reconnus. Ce serait une meilleure besogne que celle qui consisterait à ne voir dans ces groupements que des coalitions d'intérêts : plaisante accusation de la part de syndicats qui expriment par définition la défense quasi brutale d'intérêts le plus souvent matériels (1).

Des médecins ne devraient pas confondre parfois l'intérêt général avec ce qui pourrait bien n'être, dans certaines circonstances, qu'une majorité d'intérêts égoïstes. L'intérêt commun est dans l'union et dans la défense des intérêts de tous, sans exclure a priori les intérêts légitimes des minorités. Autrement ce serait la lutte de classe, sous la misérable enseigne de l'« ôte-toi de là, que je m'y mette ». Ce serait indigne des syndicats médicaux, qui, certainement entendent se distinguer des syndicats ouvriers par une mentalité supérieure.

Donc, que les syndicats de Paris et de la Seine laissent les médecins d'arrondissement se débrouiller entre eux, quant aux places locales à y convoiter. Qu'ils veuillent bien reconnaître que la *Société d'arrondissement* est actuellement le meilleur point d'union pour les médecins d'un même quartier : tente à bannière neutre, accueillant confraternellement les syndiqués, les non-syndiqués, les bleus, les jaunes, les rouges, et favorisant l'entente et l'action efficace, sur tous les points d'intérêt commun.

D'autre part, pour assurer d'une façon permanente, véritable et active, la représentation du corps médical parisien, il conviendrait d'instituer une sorte de *Commission fédérative des Praticiens de la Seine* où siègeraient les délégués des syndicats médicaux et des grandes sociétés confraternelles non syndicales. On aurait ainsi au service de la collectivité un superbe faisceau de toutes les compétences et de toutes les forces. On n'assisterait plus à ces défilés de délégations auprès des Pouvoirs publics ; ce qui a pu faire croire à une maladie nouvelle, la *déléganomanie* (2). On ne verrait plus une même question, par exemple celle de l'Inspection médicale des Ecoles, qui concerne surtout la compétence des médecins-inspecteurs, discutée isolément en divers milieux, avec la perspective de conclusions contradictoires, que présenteront, à la file indienne, des ambassadeurs qui s'ignorent.

La *Commission fédérative des Praticiens*, où les syndicats auraient leur grande place, représenterait seule, en fait et conventionnellement, la corporation parisienne. Cette Commission fédérative aurait par les syndicats et par ces merveilleuses organisations comme le « Sou médical », la force matérielle ; elle aurait par son ensemble la force morale qui peut inspirer la confiance, tandis que la confiance ne s'impose pas toujours par la force syndicale. Ce serait un modèle de « Confédération générale du travail », qu'on pourrait dénommer, pour faire aux syndiqués les plus farouches une politesse de pure forme, notre C. G. T. M. P. Oserai-je ajouter à mon tour, mais avec doute : C. Q. F. D. ?

CORNET.

(1) Il serait bon de s'entendre une fois pour toutes sur le mot « fonctionnaire », appliqué trop souvent à tort et à travers à des médecins qui ont comme appoint des bribes de « fonctions publiques et nécessaires » Il est vrai que c'est un mot tout trouvé, permettant de rallier facilement les uns contre les autres.

(1) La loi de 1884 sur les Syndicats n'a pas été faite pour les médecins ; elle ne les a même pas prévus ; et on devine, au texte de cette loi, qu'elle a surtout été faite pour les corporations ouvrières. Ce n'est qu'en 1892 que cette loi de 1884 a été mise au service des médecins, en leur refusant l'action syndicale contre l'Etat, les Départements et les Communes.

(2) F. RAMOND. — Déléganomanie, in *Progrès médical*, 13 fév. 1909.

MÉDECINE PRATIQUE

Les balsamiques dans le traitement de la blennorragie (1) ;

Par M. le Prof. J. NICOLAS
Hospice de l'Antiquaille de Lyon.
Clinique des maladies cutanées et vénériennes.

Actuellement, l'accord est à peu près complet, tous les auteurs préconisent l'emploi des substances balsamiques dans le traitement de la chaudepisse ; mais quand il s'agit de fixer la période de la maladie où l'on doit les donner, l'accord cesse d'être absolu. Plusieurs auteurs, et en particulier M. Augagneur et Carle, conseillent de les employer dès le début de l'affection, associés aux injections ; d'autres auteurs, et nous nous rangeons à leur côté, sont moins absolus et discutent les indications de la médication balsamique suivant l'âge et suivant les accidents de la blennorhagie.

L'emploi des balsamiques dans le traitement de la blennorhagie nous semble être une méthode reposant sur ces deux grands principes : curation complète de l'écoulement qui se tarit, palliation des accidents survenant au cours et surtout au commencement de certains écoulements. Au début d'un écoulement, à la période aiguë, si vous employez les balsamiques sans doute vous verrez souvent très vite l'écoulement verdâtre, épais, abondant s'éclaircir, se liquéfier et diminuer, mais bien souvent aussi ; vous le verrez, à la suite d'une telle thérapeutique, rester stationnaire et insensiblement se changer en cette « goutte militaire » contre laquelle on est malheureusement si souvent désarmé. Donc dans la majorité des cas, c'est à-dire dans les cas *moyens* d'uréthrite blennorhagique, pas de balsamiques au début, réservons-les pour plus tard !

La blennorhagie est-elle très aiguë ? s'accompagne-t-elle d'accidents particulièrement douloureux d'uréthrite postérieure ou de cystite du col, dysurie, pollakiurie, mictions très douloureuses, répétées, hématuries... ? alors nous recourons non plus à l'action curative, mais à cette remarquable action palliative des balsamiques, qui en quelques jours transforme en un cas moyen d'uréthrite ce cas particulièrement grave.

Nous retombons alors dans le cas précédent ; nous allons attendre que l'antisepsie urinaire nous ait préparé le canal du blennorrhagien en atténuant son écoulement, pour recourir à l'action vraiment curative de la médication balsamique.

Je me résume donc ainsi : les balsamiques, au début de l'uréthrite, loin de tarir l'écoulement, le rendent souvent chronique et rebelle à tout autre traitement ; à la période de déclin en revanche, ils le tarissent la plupart du temps d'une façon définitive, c'est une méthode vraiment *curative*. Dans les cas graves ils calment remarquablement vite et bien les accidents, c'est une *méthode palliative* excellente, elle ne doit pas être trop prolongée !

Les effets des balsamiques, pour ne pas être éphémères reposent sur ce grand principe : ne pas suspendre brusquement leur emploi. Comme pour le salicylate de soude dans le rhumatisme, il faut sevrer progressivement l'organisme de son remède en employant des doses progressivement décroissantes. Ainsi vous éviterez de voir un écoulement redevenir le lendemain du traitement ce qu'il était la veille, et vous éviterez ainsi ces traitements prolongés, grâce à leur reprise continuelle, qui découragent les malades et les jettent dans les mains des charlatans guérisseurs d'écoulements !

(1) Leçon recueillie par M. Ch. LAURENT, interne du service.

Mode d'emploi. — Les balsamiques les plus employés et les plus connus sont le copahu, le cubèbe et le santal ; en seconde ligne se placent le baume de tolu, le baume du Pérou, le kawa-kawa, la térébenthine, les feuilles de matico. Ces derniers sont d'un emploi peu courant et nous ne voulons que les énumérer sans indiquer leur posologie complète. N'étudions que les principaux.

A. *Copahu.* — Le copahu, appelé à tort baume de copahu, est un suc oléagineux provenant d'incisions faites sur plusieurs légumineuses du genre *copahifera*, du Brésil, de la Guyane et de la Colombie. Son aspect est celui d'un liquide épais, visqueux, il a une odeur aromatique forte très particulière, sa saveur est d'une âcreté spéciale. Il se dissout dans l'alcool et l'éther. Associé à l'hydrate de magnésie, il se solidifie, ce qui rend son emploi facile en capsule de 0,50 centigr. à la dose de 10 à 20 en vingt-quatre heures.

On a pu isoler du copahu un acide copahivique et obtenir ainsi du copahivate de soude, dont l'emploi n'est pas aussi courant que celui du copahu naturel.

Il entre dans la composition des différents opiats et forme l'élément actif de la *potion* de *Choppart* dont je vous rappelle la formule :

Copahu	}
Alcool	} àà 60 grammes.
Sirop de tolu	}
Eau de menthe	120 grammes.
Alcool nitrique, ...	8 grammes.

et qui, malgré son mauvais goût qui la rend intolérable et insupportable à bien des malades, est d'un emploi très utile à la dose de deux ou trois cuillerées à soupe en 24 heures. Mise en capsule (plusieurs spécialités ne sont autre chose que cela), elle perd son goût et son odeur et devient bien plus aisément absorbable.

L'usage du copahu s'accompagne souvent de troubles gastro-intestinaux, de douleurs d'estomac, d'éruptions cutanées ; ces accidents disparaissent bien vite avec la cessation du remède ; rappelons du reste que le rein, malgré quelques accidents peu graves, peut supporter des doses énormes de copahu. L'expérience a montré que des chiens pouvaient supporter des doses 200 fois supérieures aux doses thérapeutiques habituelles et M. Balzer emploie même cet agent dans les complications rénales de la blennorhagie.

En tous cas, il faut savoir que l'urine du malade faisant usage du copahu donne un précipité avec l'acide azotique, il faut savoir rapporter ce disque à sa véritable cause et ne point s'effrayer d'une complication rénale qui n'existe pas en réalité. L'alcool redissout le précipité ce qui le différencie facilement de l'albumine.

Comment agit le copahu ? En injections, son action est nulle ; il serait donc plutôt un modificateur du terrain qu'un antiseptique urinaire. J'ajoute encore qu'expérimentalement il n'empêche pas le développement des cultures du gonocoque, ce n'est donc pas un bactéricide.

B. *Cubèbe* ou *poivre cubèbe.* — Le cubèbe est employé sous forme d'essence ou de résine provenant du *piper officinalis* qui pousse au Japon. Le cubèbe est rarement prescrit seul, on l'associe le plus souvent aux différents balsamiques et plus particulièrement au copahu. Il entre dans la composition des principaux opiats. Parmi ceux-ci je vous citerai les plus connus et vous donnerai leur formule :

1° Copahu	1 gramme.
Cubèbe	2 grammes.
Essence de menthe	1 goutte.

10 à 12 grammes par jour.

2° Cubèbe en poudre............	10 grammes.
Copahu.....................	3 grammes.
Sirop de goudron q. s. pour lier.	

Telle est la formule de M. Fournier.

3° Copahu.....................	20 grammes.
Cubèbe.....................	30 grammes.
Cachou.....................	Q. S. pour
Essence de menthe..........	aromatiser.

On peut également associer dans leur composition les antiseptiques urinaires : salicylate de soude, salol, que vous nous avez vu préconiser au début de la blennorrhagie. Les deux méthodes balsamique et antiseptique seront ainsi associées :

Copahu..................... } àâ	20 grammes.
Cubèbe..................... }	
Sous-carbonate de fer........	2 grammes.
Salicylate de Na.............	10 grammes.

En somme nous n'employons le cubèbe qu'associé au copahu sous forme d'opiat. Sous cette forme, il sera pris en bols, c'est-à-dire en masse de deux à trois grammes à la dose de quatre à six bols par jour, préparés extemporanément, c'est-à-dire revêtus de pain azyme pour masquer le goût et l'odeur.

C. *Santal.*— Le santal est le produit de la distillation du bois du *santalum album* qui pousse aux Indes et en Océanie. Il est peut-être moins efficace, moins énergique que les deux balsamiques précédents ; mais il a sur eux le gros avantage d'être mieux toléré, de ne pas occasionner d'accidents urinaires ou digestifs. Il a pourtant l'inconvénient de donner parfois des douleurs de reins très vives.

On l'emploie le plus souvent pour masquer son odeur pénétrante et sa saveur âcre, à la dose de 8 à 10 gr. en capsules de 0,50 centigr.

Son principe actif est le santalol, celui-ci fait la base de plusieurs spécialités que je dois vous citer.

L'*arrhéol* est du santalol pur. Le *gonosan*, très vanté par Neisser, est composé d'une solution de résine de *kawa-kawa* associée au santal, il est prescrit en capsule de 0,30, à la dose de huit à dix par jour. L'*eumictine* est une association de santal, d'urotropine et de salol en capsule. Je vous donne ces quelques noms de spécialités pour vous montrer qu'elles ne sortent pas des formules courantes et peuvent être facilement réalisées.

A côté de ces trois balsamiques, je vous citerai :

Le *kawa-kawa* provenant du *piper methysticum*, dont la racine râpée ou l'extrait fluide sont quelquefois prescrits à la dose de six à huit grammes.

Le *matico*, provenant des feuilles de *piper angustifolium*, dont une infusion à 10 pour 1000 peut rendre quelques services ; c'est une boisson plutôt qu'un remède.

L'*essence de térébenthine* trouve ses indications surtout au cours des cystites à la dose de 4 à 6 grammes en capsules.

Le *baume du Pérou*, le *baume de Tolu*, le *goudron*, sont à peine usités aujourd'hui dans l'uréthrite blennorrhagique.

De tous ces balsamiques, vous retiendrez surtout les trois premiers. En les employant judicieusement, vous éviterez les accidents d'intolérance et vous aurez une arme précieuse pour pallier les accidents aigüs du début et pour assécher définitivement plus tard le canal : vous pourrez ainsi grâce à eux d'une part soulager les douleurs souvent atroces de l'uréthrite postérieure, et d'autre part éviter le passage à la chronicité, dont vous connaissez tous les inconvénients.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 avril 1909.

L'intradermo-réaction à la tuberculine dans le traitement de la tuberculose. Intradermo-tuberculinisation. — M. ***Charles Mantoux*** (Cannes). — L'emploi de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose, préconisé d'abord par Koch, puis abandonné presque complètement, a été repris depuis quelques années par un grand nombre de médecins et a donné entre leurs mains des résultats très satisfaisants.

Mais cet emploi est des plus délicats : on n'a aucune règle précise pour déterminer les quantités de tuberculine à employer, quantités extrêmement variables suivant les cas et la période du traitement. En sorte que l'on se trouve pris entre ces deux alternatives : ou pousser jusqu'à l'apparition des réactions d'alarme (fièvre, accélération du pouls, perte de poids, congestion du foyer lésionnel), réactions que tous les cliniciens s'accordent à considérer comme nuisibles ; ou rester en dessous, peut-être très en dessous des doses que le sujet est capable de supporter, et risquer de faire un traitement insuffisant.

Pour parer à ces incertitudes on a proposé l'utilisation de l'index opsonique ; ces recherches très intéressantes sont trop délicates pour passer dans la pratique.

L'intradermo-réaction à la tuberculine (1) nous fournit, ainsi que nous l'avions d'ailleurs fait prévoir (2), un moyen de doser d'une façon très précise le traitement tuberculinique.

Nous nous servons actuellement de la tuberculine C. L. du professeur Calmette : nous en injectons une seule goutte, soit un *vingtième de centimètre cube*, à la face antérieure de la cuisse, dans l'épaisseur du derme, suivant la technique habituelle. Il suffit d'employer des solutions de concentration convenable pour administrer, sous le même volume d'une goutte, les quantités voulues de tuberculine.

La réaction qui se produit au niveau de la piqûre donne la mesure de la sensibilité du sujet et permet de suivre son immunisation progressive.

Lorsqu'on injecte, en effet, chez un même sujet, des solutions de plus en plus concentrées, les réactions obtenues sont de plus en plus fortes. Par contre si l'on emploie, à plusieurs reprises, la même solution, les réactions deviennent de moins en moins accentuées et témoignent ainsi des progrès de l'immunisation. On peut alors passer en toute sécurité à une solution de concentration plus forte. Dans aucun cas on n'est exposé, comme avec l'injection sous cutanée, à provoquer les réactions générales, toujours nuisibles : la réaction locale permet de les éviter et de donner à chaque malade, pendant le traitement, la dose qu'il est capable de supporter.

Voici, à titre d'exemple, les doses et les réactions d'un de nos malades. Les doses sont exprimées en millièmes de milligramme ; la grandeur de la réaction est représentée par son diamètre maximum, mesuré au moment où elle est à son acmé, c'est-à-dire au deuxième ou au troisième jour.

Dates	Quantités de tuberculine (en 1.000e de milligr.)	Intensité de la réaction (en milligr.)
10 décembre......	1/2	6
8 janvier........	1	10
17 janvier........	2.5	35
27 janvier........	2.5	10
5 février.........	4	20
16 février.........	4	15
1 mars........	4	10

On voit qu'une même dose de toxine, 4 millièmes de milligramme, a produit successivement des réactions décroissantes de 20, 15, 10 milimètres de diamètre ; par contre, il a fallu des doses de 1, puis de 2,5, puis de 4 millièmes de milligramme pour obtenir une même réaction de 10 millimètres de diamètre à mesure que progressait l'immunisation.

(1) *Bulletin de l'Académie des sciences*, 10 août et 14 septembre 1908.
(2) Congrès international de la tuberculose, Washington.

Ces résultats, traduits par un graphique, sont plus frappants encore.

La méthode que nous proposons n'étant qu'un mode d'administration de la tuberculine, les indications et contre-indications de celles-ci restent entières. Nous pensons cependant en faciliter l'emploi par cette technique nouvelle qu'on peut nommer : *Intradermo-tuberculinisation.*

Conclusions.

On peut dans le traitement de la tuberculose par la tuberculine, administrer celle-ci par voie intradermique. On provoque ainsi des réactions locales qui sont fonctions de la sensibilité propre du sujet, de la quantité de tuberculine injectée, et, quand on pratique des injections successives, du degré d'immunisation déjà obtenu.

Ces réactions locales servent de guide pour la conduite du traitement et permettent d'éviter les réactions générales, toujours nuisibles.

Le traitement de la tuberculose par la tuberculine, lorsqu'il est indiqué, est rendu plus sûr par cette *intradermo-tuberculinisation.*

Traitement des troubles génito-urinaires par action directe sur les centres nerveux ; par Pierre ***Bonnier***. — Les centres qui reglent les fonctions urinaires et génitales sont situés à la partie inférieure du bulbe, et l'expérimentation clinique montre qu'on peut les libérer de certains déreglements par de légères cautérisations des régions anterieures de la muqueuse nasale.

Sur 32 cas de *dysménorrhée*, 25 femmes et jeunes filles ont vu disparaître leurs *douleurs cataméniales.* Dès le premier mois, 18 n'ont plus souffert, ou à peine.

Chez 10 femmes souffrant de *migraines mensuelles* ou bimensuelles, une, entre autres, depuis 18 ans, les migraines ont disparu dès le premier mois.

Deux femmes qui avaient chaque mois des *crises vertigineuses*, n'en ont plus ; 2 fois, les *crampes d'estomac* et d'*intestin* ont disparu ; 3 fois l'*acné* et l'*érythème* de la face ont disparu également sans reparaître depuis ; 2 fois le *prurit vulvaire* ; 2 fois, la *leucorrhée* habituelle.

Des *avances* de 4 à 15 jours sont réglées à 27 ou 28 ; un *retard* de 45 jours à 28 exactement.

L'*incontinence d'urine* peut également se traiter de cette façon.

Enfin, un jeune homme de 23 ans s'est vu débarrasser, en deux cautérisations, de crises quotidiennes de *pollutions nocturnes* qui duraient depuis 11 ans.

Mme Phisalix.

47e CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

tenu à Rennes

du 5 au 7 avril 1909

—

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Sur la décalcification gravidique. — MM. ***Véron***, prof. à l'Ecole de méd. de Rennes et ***Marquis,*** prof. suppl. à l'Ecole de méd. de Rennes. — Le processus de décalcification, constant chez la femme enceinte et en quelque sorte physiologique, lorsqu'il reste dans certaines limites, est susceptible de provoquer, à un degré plus avancé une série d'états morbides, qui, jusqu'à son étude expérimentale, de date récente, semblaient n'avoir aucune communauté d'origine.

C'est ainsi que, suivant son intensité plus ou moins grande, la déminéralisation osseuse entraîne des accidents très variables comme gravité, depuis la simple carie dentaire, si commune pendant la gestation, jusqu'à l'ostéomalacie vraie, en passant par la production d'ostéophytes, de points douloureux osseux, de difficultés dans la marche et le relâchement des symphyses à ses divers degrés.

L'ostéomalacie, qui constitue à la fois le terme extrême et la manifestation la plus grave de la décalcification gravidique, n'a été que très rarement rencontrée. Or nous avons eu l'occasion, depuis 1904, d'en observer trois cas à la maternité de Rennes.

A propos des deux derniers, nous avons recherché la quantité de chaux contenue dans le sang, l'urine et les matières fécales ; notre collègue M. Périer s'est chargé d'en faire le dosage.

Les résultats obtenus par l'analyse chimique montrent qu'il existe une relation à peu près constante entre l'intensité du processus de décalcification et l'importance des accidents observés cliniquement.

La présence du fœtus faisant, comme l'a établi le Prof. Bar, croître de moitié environ les besoins en chaux de la mère, il est logique d'augmenter chez la femme enceinte la richesse de l'alimentation en chaux, de façon à maintenir le phénomène physiologique de la décalcification gravidique dans les limites au-delà desquelles il devient pathologique.

La grossesse gémellaire, les grossesses multiples, surtout répétées à de courts intervalles, inciteront en particulier à une surveillance toute spéciale de l'alimentation à ce point de vue.

La torsion du tibia. — M. ***Le Damany***, professeur à l'école de médecine de Rennes. — Contrairement à ce qui a lieu chez les autres vertébrés, le tibia humain se tord, après la naissance, de 20 degrés en moyenne. Cette torsion est une adaptation à la station debout ; elle a pour résultat de tourner en dehors les pointes des pieds.

Variations professionnelles de l'angle sacro-pelvien. — M. ***Le Damany***. — L'angle sacro-pelvien grandit avec l'élévation anthropologique, et est plus grand dans le sexe féminin. Il est plus grand dans les professions pénibles que dans les professions sédentaires, parce que, dans les premières, les muscles des lombes agissent plus puissamment que dans les secondes et relèvent davantage le sacrum.

Les luxations de la hanche chez les nouveau-nés. — M. ***Le Damany***. — Toutes sont dues à des malformations ou à des monstruosités. Une des causes les plus fréquentes est une dystrophie musculaire que le microscope seul révèle. Les luxations des enfants viables (luxations anthropologiques) n'existent pas à la naissance.

La cautérisation ignée dans le traitement du kératocône. — M. ***Assicot,*** professeur de clinique ophtalmologique. — Il s'agit d'une malade de 22 ans, atteinte de double kératocône ayant abaissé pour l'œil droit l'acuité visuelle à 1/50e, celle de l'œil gauche à 1/20. Je pratiquai sur elle la perforation du sommet du cône au thermocautère : issue de l'humeur aqueuse, instillation de pilocarpine et pansement compressif. Le résultat fut satisfaisant, mais tardif. Un an et demi après, l'acuité visuelle de l'œil droit était remontée à 1/10, celle de l'œil gauche à 1/8.

Cette observation vient donc donner un nouvel appoint à la méthode du traitement du kératocône par la cautérisation ignée.

Sur un cas de névrite optique blennorrhagique.— M. ***Assicot.*** Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui, au décours d'une blennorrhagie, et à la suite d'accidents articulaires, fut pris de phénomènes d'iridocyclite de l'œil gauche, bientôt suivis de signes nets de papillite. Cette névrite optique évolua en l'espace de deux mois environ, et se termina par atrophie optique partielle avec acuité visuelle de 1/10.

De l'hystérectomie vaginale dans les fibromes.— M. ***H. Dayot,*** professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. — L'opération de Récamier ne mérite ni l'engouement qu'elle a causé ni l'oubli dans lequel elle est tombée. H. Dayot ne l'emploie pas dans les lésions annexielles, il la réserve aux cancers utérins mobiles et surtout aux fibromes dont le volume n'excède pas celui d'une tête de fœtus à terme. Il étudie les conditions dans lesquelles doit se faire l'hystérectomie pour fibromes. La vulve et le vagin doivent être extensibles, l'utérus doit être mobile, abaissable. L'auteur a recours au procédé de Doyen ou à celui de Muller-Quenu ; il recommande de ne se servir que des ciseaux comme instruments tranchants et d'extirper le col en même temps que l'utérus.

Il a pratiqué 95 hystérectomie vaginales pour fibromes, avec 2 morts par septicémie et tétanos.

Presque toutes les suites opératoires ont été très simples. 6 fois il y a eu hémorragies à la levée des pinces sans que la guérison ait été retardée.

En résumé, l'hystérectomie vaginale est une bonne intervention, mais qui ne doit être employée qu'après avoir bien pesé les indications et contre-indications.

Traitement des péritonites généralisées. — M. H. *Dayot*. — L'auteur donne une série d'observations personnelles qu'il accompagne de réflexions d'ordre pratique.

Une première série de 14 cas traités par laparatomie médiane avec recherche de la lésion causale, lavage du péritoine, essuyage à sec de tous les points accessibles, donne 14 morts. Dans 12 autres cas, traités par une méthode beaucoup plus simple, l'auteur obtient 7 guérisons. Voici cette méthode simplifiée :

Dans la péritonite généralisée, l'intervention doit être précoce, et réduite au strict nécessaire, c'est à-dire à l'ouverture et au drainage du péritoine. Pratiquer 2 ou 3 incisions sous-intestinales en se rapprochant du pelvis : la lésion causale n'est traitée que si elle se présente dans la plaie. Ne pratiquer ni lavage, ni essuyage du péritoine ; drainer simplement avec des gros tubes de caoutchouc.

Comme traitement consécutif : injections massives de sérum sous-cutanées, intra-veineuses ; injections d'éther, de caféine, de spartéine, d'électrargol, lavements d'eau salée et lavages de l'estomac ; hâter autant que possible la débâcle intestinale.

Note sur le traitement des hernies étranglées gangrenées à propos de 9 cas personnels. — *M. L. Hardoüin*, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes. — Le Dr Hardoüin communique 9 cas de hernies étranglées gangrenées dans lesquelles il a eu à intervenir, et discute à ce sujet les modes de traitement habituellement employés en France et à l'étranger.

Chez ces 9 malades il est intervenu :

6 fois par la résection de l'anse sphacélée suivie d'entéro-anastomose immédiate, avec 3 guérisons et 3 morts ;

2 fois en créant un anus contre nature, avec 2 morts ;

1 fois en extériorisant l'anse suspecte avec anus secondaire spontané et mort.

Etudiant les statistiques françaises et étrangères, et tout spécialement les statistiques allemandes, le Dr Hardoüin montre que, tout en restant une opération très grave, la résection intestinale, dans la hernie étranglée avec sphacèle, reste la méthode de choix à apporter au traitement de pareilles lésions.

En effet sur 1615 cas de hernies gangrenées dont il a pu retrouver l'histoire, on note :

986 cas de résection d'emblée suivie d'entéro-anastomose avec 399 morts, soit 40 % de mortalité moyenne ;

620 cas d'anus contre nature avec 447 décès soit 74 %.

Ajoutons que ces statistiques sont relevées depuis 1878 et que depuis lors la technique de la résection intestinale a largement profité des progrès de l'asepsie et des améliorations des procédés opératoires. Nous voyons, en effet, dans des statistiques récentes la mortalité de la résection de l'intestin sphacélé tomber à 33 % (Petersen), 17 % (Delore) et même, avec le bouton de Murphy, dans une série particulièrement heureuse, à 8 % (Petersen).

Si l'on considère d'autre part que la mortalité par anus contre nature a peu bénéficié des causes d'amélioration de l'opération précédente et que sa mortalité immédiate et consécutive atteint encore 85.29 % (Tostivint), on comprendra que la résection intestinale dans la hernie sphacélée, encore trop peu pratiquée en France, doit prendre place à la tête du traitement des pareilles lésions.

Traitement des fibromes utérins. — *M. L. Moniet*, professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes. — Le Dr L. Moniet fait une communication sur l'état actuel du traitement de fibromes de l'utérus.

Après avoir parlé du traitement médical, très varié et peu efficace qui convient à quelques fibromes, traitement purement palliatif, il insiste longuement sur les opérations chirurgicales qui se réduisent maintenant à un petit nombre : les unes, conservatrices, la polymectomie et la myomectomie, conviennent à quelques cas, assez peu nombreux ; les autres, radicales, conviennent au plus grand nombre.

Ce sont les hystérectomies, l'une vaginale, bien délaissée à l'heure actuelle, l'autre abdominale qui a gagné tout le terrain perdus par sa rivale.

Après avoir discuté les arguments pour et contre, il conclut à la supériorité de la subtotale sur la totale.

Dans les fibromes compliqués de grossesse, on retrouve encore les mêmes opérations rarement indiquées d'ailleurs.

Ici encore c'est l'hystérectomie abdominale qui lui paraît devoir supplanter la césarienne et l'opération de Porro.

Un cas de néoplasme du poumon avec association de lésions tuberculeuses. — *M. Millardet*, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes. — L'auteur rapporte une observation dans laquelle, ayant porté pendant la vie le diagnostic de cancer du poumon gauche, il put confirmer ce diagnostic à l'autopsie par la découverte d'un volumineux sarcome. Il trouva en outre un semis de lésions tuberculeuses avec fonte, qu'il attribue à ce fait que la tumeur ayant envahi le médiastin, avait englobé le pneumo-gastrique gauche rendant ainsi le poumon plus vulnérable.

Il passe en revue à cette occasion les principaux travaux sur lesquels repose cette notion que, lorsqu'un nerf est lésé, le territoire qui en dépend devient plus accessible aux infections.

Charbon et associations microbiennes. Symbiose de la bactéridie charbonneuse et du bacillus fluorescens non liquéfaciens. — *M. F. Chevrel*, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes. — MM. L. Martin, Griffon et Feuillié ont montré récemment le rôle important que jouent, au cours du charbon, les associations microbiennes. Nous avons pu observer nous-même un cas de charbon dans lequel l'examen bactériologique nous a permis de faire des constatations du même ordre. Il s'agit d'un ouvrier qui contracta dans une tannerie une pustule charbonneuse de la face. Cette pustule, dont le traitement ne fut commencé que le 3e jour de la maladie, évolua avec une remarquable bénignité. Or, nous trouvâmes dans ce cas, associé à la bactéridie, un bacille doué vis-à-vis d'elle de propriétés antagonistes : le bacillus fluorescens non liquefaciens.

Ce bacille entrave, dans les cultures mixtes, le développement de la bactéridie charbonneuse et finit par la faire disparaître. Les produits solubles qu'il sécrète ne semblent jouer aucun rôle dans cette action.

L'inoculation au cobaye de cultures entières ou filtrées du B. fluorescens ne protège pas cet animal contre le charbon. On obtient, par contre, chez lui des survies notables en inoculant des cultures mixtes âgés de 24 à 48 heures. Dans quelques cas exceptionnels, l'animal est resté complètement indemne.

Il est intéressant de rappeler, à propos de cette observation, que ce même bacille fluorescent, saprophyte banal de toutes les putréfactions, a été, par M. le Prof. *Bodin*, reconnu capable d'acquérir une virulence suffisante pour devenir l'agent d'infections humaines mortelles. Son rôle apparaît donc, suivant les circonstances, sous les aspects les plus divers et constitue un exemple frappant des remarquables facultés d'adaptation des bactéries aux multiples conditions qui règlent leur activité.

(Travail du Laboratoire de Bactériologie de l'Ecole de Médecine de Rennes).

Isolement des hématoblastes. Action du sérum hémolytique sur les hématoblastes « in vitro ». — MM. *F. Chevrel*, prof. sup. de clin. méd. et *J. Bourdinière*, chef de clin. méd. à l'Ecole de Médecine de Rennes. — Pour observer dans de bonnes conditions l'action du sérum hémolytique sur les hématoblastes, il faut observer certaines précautions dans la préparation du matériel d'expérience. Il est utile, pour éviter toute cause d'erreur, de se procurer, d'une part, des globules rouges et, d'autre part, des hématoblastes à l'état de pureté absolue.

Nous réalisons l'isolement rigoureux des hématoblastes en centrifugeant du sang de lapin dans une solution salée et citratée renfermant, pour 1000 cc. d'eau distillée, 8 gr. de chlorure de sodium et 20 gr. de citrate de soude. Après décantation du liquide où se tiennent en suspension les hématoblastes, l'addition de quelques gouttes de sérum hémolytique précipite les globules rouges nains et les fragments d'hématies dont il faut se débarrasser. Les globulins sont ensuite repris et lavés dans la solution physiologique.

Les globules rouges de lapin destinés à la préparation du sérum hémolytique s'obtiennent, après défibrination du sang, par fil-

tration sur l'ouate ordinaire suivie de lavages répétés dans la précédente solution salée et citratée. Ils sont ensuite inoculés au cobaye.

Le sérum obtenu, et qui peut être considéré comme exclusivement hémolytique, exerce cependant une action globulinolytique évidente. Il dissout les hématoblastes du lapin de la même façon que le sérum antihématoblastique. La limite de cette action est toutefois assez rapidement atteinte. Quand on dépasse, dans les mélanges soumis à l'expérience, les proportions de 1 partie de sérum pour 5 parties d'émulsion hématoblastique, on n'observe plus qu'une agglutination légère.

L'épreuve de la saturation du sérum hémolytique chauffé à 56°, par les hématies et les globulins, montre que l'ambocepteur hémolytique présente pour ces deux sortes d'éléments une affinité sensiblement équivalente. (Travail du laboratoire de bactériologie de l'Ecole de Médecine de Rennes).

Sur la botryomycose humaine. — M. *E. Bodin*, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. — L'accord est loin d'être fait au sujet des néoplasies botryomycosiques humaines. Attribuées d'abord à un parasite spécial, le botryocoque, puis au staphylocoque ordinaire de la suppuration, elles seraient dues, d'après les récentes recherches de Letulle, à l'action de parasites amibiens.

L'étude de 5 cas humains et de 2 cas chez le cheval m'a conduit à envisager la question de la façon suivante :

La forme spéciale des néoplasies botryomycosiques humaines tient à leur localisation en des régions où les couches cutanées offrent des caractères anatomiques particuliers de densité et de résistance.

Ces néoplasies sont constituées par un tissu inflammatoire riche en néoformations vasculaires et n'offrant aucun caractère histologique spécial.

Les amas mûriformes signalés en ces lésions sont très rares chez l'homme : chez le cheval, ils sont inconstants et paraissent bien dus à des phénomènes de dégénérescences cellulaires qui n'ont rien de caractéristique.

Néoplasies conjonctivo-vasculaires banales, les botryomycomes humains prennent naissance sous l'action d'agents irritants qui peuvent être variables, mais qui sont le plus souvent les staphylocoques de la suppuration.

Note sur le choix des préparations mercurielles injectables dans le traitement de la syphilis. — M. *E. Bodin*, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. — Entre les diverses préparations mercurielles injectables, le choix qu'il convient de faire est délicat. Voici à cet égard ce que l'observation pendant 10 années m'a démontré.

C'est avant tout la constitution moléculaire des composés mercuriels qui fait leur valeur thérapeutique et non pas leur teneur en mercure métallique. L'étude des malades peut seule nous renseigner à ce sujet, elle m'a permis de faire les remarques suivantes qui peuvent servir de guide au praticien.

1° Le mercure métallique sous la forme d'huile grise agit lentement et son action aux doses ordinaires est moyenne. On en conclura que l'huile grise ne doit pas être injectée à haute dose, qu'elle convient aux cas légers ou moyens, au traitement préventif quand il n'y a pas d'accidents, mais qu'elle est contre-indiquée dans les cas graves appelant une action rapide et énergique.

2° Les sels mercuriels à métalloïdes de la famille du chlore possèdent une action thérapeutique énergique et parmi eux une place spéciale doit être réservée au calomel au premier rang. Ce sont ces sels qui conviennent pour le traitement de tous les cas graves. Le calomel comme préparation insoluble, le biiodure comme préparation soluble, permettent alors de remplir toutes les indications.

3° Les composés organo-métalliques à métal dissimulé comme l'hermophényl et l'énésol ont une activité thérapeutique moyenne et doivent céder le pas aux précédents dans les formes graves, mais ils sont très utiles dans les cas bénins ou moyens, chez les débilités, ou chez ceux qui ne sont pas en état de supporter un traitement mercuriel actif. L'énésol qui permet de réaliser en même temps le traitement mercuriel et le traitement arsenical est particulièrement recommandable.

Sur l'origine saprophytique des pasteurelloses équines. — MM. *E. Bodin* et *G. Geay*. — Nous avons étudié une épidémie de pasteurellose équine qui donne lieu à des considérations intéressantes. Voici quels sont les faits.

Sans cause appréciable, un fermier perd successivement 5 chevaux bien portants jusque-là et qui meurent les uns après les autres avec des symptômes d'infection suraiguë durant quelques heures et ressemblant à une véritable intoxication.

Par l'expérimentation avec les viscères des animaux et avec le foin qui leur servait d'aliment, nous avons établi qu'il s'agissait ici de pasteurellose due à une *pasteurella* très virulente et que cette pasteurella provenait du foin dont on alimentait les animaux.

Cette observation, appuyant celles de Galtier, Lignières, Nocard, démontre que les pasteurelloses animales peuvent avoir une origine saprophytique et que les pasteurella qui existent dans le sol sont susceptibles d'acquérir subitement et sous des influences qui nous échappent encore une virulence plus ou moins grande.

Cela explique certains cas sporadiques et certaines épidémies prenant naissance sans que l'on puisse retrouver de contagion.

Ces faits ont aussi une importance d'ordre général au point de vue de l'origine des maladies infectieuses : l'intérêt nous en semble d'autant plus grand que les pasteurelloses animales appartiennent à ce groupe, auquel il faut rattacher la peste, véritable pasteurellose du rat transmissible à l'homme.

Sur les champignons du favus humain. — M. *E. Bodin* (professeur à l'Ecole de médecine de Rennes). — Sous l'influence des études mycologiques, l'histoire du favus a subi une évolution remarquable. Après 15 années de recherches sur plusieurs centaines de cas de favus dont j'ai isolé et cultivé les parasites, je résumerai la question de la façon suivante.

Au point de vue clinique, le favus humain offre une unité remarquable : les variations que l'on y observe sont d'ordre secondaire et ne paraissent pas en rapport avec des différences d'espèces parasitaires.

La teigne faveuse est occasionnée chez l'homme par diverses espèces cryptogamiques. Nous connaissons actuellement 4 de ces espèces qui sont :

1° L'Achorion Schœnleini, découvert par Schœnlein et Gruby en 1839 et 1841, champignon proprement humain, qui cause la majorité des cas. Ce champignon représente une espèce unique et non pas une série d'espèces ainsi que l'ont pensé Unna, Frank et Neebe.

2° L'Oospora canina du favus du chien, décrit par Constantin et Sabrazès, mais qui n'a pas été rencontré chez l'homme en dehors des inoculations expérimentales.

3° L'Achorion quinckeanum que j'ai décrit en 1903 et que j'ai trouvé plusieurs fois chez l'homme. Ce champignon est le parasite du favus de la souris, qui n'est pas rare en notre pays ; on comprend qu'il puisse s'inoculer à l'homme en diverses circonstances.

4° L'Achorion gypseum que j'ai découvert en 1907 dans des godets humains et dont j'ignore la provenance.

Ces champignons sont des espèces absolument distinctes, de sorte que la pluralité de l'espèce parasitaire est démontrée pour le favus ; mais les lésions que ces espèces parasitaires déterminent sur la peau humaine ne se différencient par aucun caractère clinique ou microscopique.

Détermination du degré de pollution des eaux de mer par le dosage des matières organiques. — C. *Lenormand*, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. — Dans un rapport publié en 1904 à la suite d'une enquête provoquée à l'effet d'étudier la situation sanitaire des parcs ostréicoles de Cancale, j'avais remarqué qu'il existait un certain rapport entre la présence des matières organiques en dissolution et la contamination bactérienne déterminée, à cette époque, par M. Bodin.

J'ai repris, depuis, cette question sur des eaux de mer prélevées à Saint-Malo et au large de cette localité, en appliquant au dosage des matières organiques un procédé que j'avais publié en 1903, et j'ai constaté que ce rapport était toujours constant.

Dans ces conditions, il me semble que dans la plupart des cas et pour un examen rapide des eaux de mer, l'analyse chimique pourrait remplacer le long et délicat examen bactériologique.

En outre, en procédant à l'étude de ce rapport, j'ai constaté un fait très intéressant : c'est que la quantité des matières organiques en dissolution décroissait, du rivage vers le large, avec une rapidité surprenante. C'est ainsi qu'une eau, qui renfermait 2.25 mill. de matières organiques par litre (en oxygène) et 2000 bactéries par cent. cube, ne renfermait plus, 150 m. plus loin, que 0,444 mill. de matières organiques et 133 bactéries par cent. cube.

C'est là un fait de la plus haute importance pour l'établissement d'un parc ostréicole, puisqu'il fait voir qu'à 3 ou 400 m. déjà du rivage, il serait en dehors de la zone dangereuse et à l'abri de toute contamination.

Note sur l'analyse bactériologique de l'eau de mer. — MM. *E. Bodin* et *E. Sacquépée*. — Nous avons fait dans la baie de Cancale 80 analyses bactériologiques d'eau de mer en diverses saisons de l'année et en différents états de la mer ; ces analyses nous ont permis d établir les faits suivants.

Les eaux du large sont très pures au point de vue microbien, contenant en moyenne de 200 à 400 bactéries aérobies par centimètre cube et toujours plus de germes à 3 m. de profondeur qu'en surface. Nous n y avons jamais rencontré de microbes pathogènes ni même suspects comme le Bacterium coli commune.

Au niveau des agglomérations humaines, la pollution de la mer est certaine et plus ou moins marquée selon diverses conditions, mais la purification des eaux marines s'accomplit très vite ; ainsi de l'eau de mer titrant 16500 bactéries aérobies par centimètre cube au débouché d'un égout, ne contient plus que 1100 germes au centimètre cube à 100 m. plus loin ; et à 400 ou 500 m. au delà, dans le sens du courant, elle reprend la composition du large.

Ces faits concordent absolument avec ceux que vient de publier M. Lenormand sur l'analyse chimique de l'eau de mer et sur sa teneur en matières organiques. L'étude chimique et l'étude bactériologique sont donc pleinement d'accord pour montrer que si les agglomerations humaines sont une cause certaine de pollution de la mer, créant dans ces eaux une zone dangereuse, cette zone est moins étendue qu'on ne le croit, car la purification chimique et bactériologique de la mer s'effectue avec une surprenante rapidité. On peut tirer de ces faits des déductions d'ordre pratique au point de vue de la situation qu il faut donner aux établissements ostréicoles de nos côtes. E. B.

CORRESPONDANCE

A propos du privat-docentisme (1).

Dijon, le 11 avril 1909.

Monsieur le Secrétaire général de la rédaction du *Progrès Médical.*

Monsieur et cher collègue,

Pour répondre simplement à une affirmation de Trissotin, publiée dans le n° du 10 avril du *Progrès*, page 199, que l'enquête de M Bazot sur le privat-docentisme en Allemagne est sans valeur, je vous prie de me permettre de donner aux lecteurs du *Progrès* le renseignement qui leur permettra de se rapporter au travail original et de le juger par eux-mêmes. L'enquête de M. Bazot a été publiée dans le *Bulletin de l'enseignement médico-mutuel international* (octobre 1908, janvier et février 1909. Paris 12, rue François-Millet).

Veuillez agréer, etc.. Robert Sorel.

(1) *Progrès médical*, n° 15, p. 199.



ANALYSES

Le Diabète sucré ; par M. R. Lépine.

Le professeur Lépine vient de publier un magistral ouvrage sur le diabète sucré, dans lequel sont exposées dans leur ensemble les très originales recherches de ce savant sur la pathogénie du syndrome diabétique, mais dans lequel aussi sont passés en revue et mis au point, avec la sûreté bibliographique à laquelle nous a habitués l'auteur, les différents faits de physiologie pathologique et de clinique relatifs à cette affection.

M. Lépine étudie tout d'abord les matières sucrées du sang normal, l'apport des hydrates de carbone par les diverses alimentations, les réserves glycogéniques, la lipogénie, la glycolyse *in vitro* et *in vivo*.

Il étudie ensuite les diverses hyperlycémies, les glycuries (alimentaires, nerveuses, toxiques, hépatiques, pancréatiques, etc.)

La 2e partie est consacrée à l'étude clinique du diabète sucré, à son étiologie, à la dyscrasie diabétique, à la symptomatologie, à la nutrition chez le diabétique, enfin aux complications du diabète. Le traitement constitue le dernier chapitre.

Il est impossible d'analyser par le détail la multitude des faits, expérimentaux et cliniques rapportés dans ce bel ouvrage. Les recherches du savant professeur de Lyon sur le sucre virtuel du sang, sur la glycolyse et le ferment glycolytique, sur le rôle du pancréas dans la glycolyse, etc., bien connues de tous, sont particulièrement développées et donnent principalement à l'ouvrage son caractère personnel et original. P. Carnot.

Troubles digestifs et psychonévroses. (*Münch. med. Woch.* 1907. n° 10.) — Déjà normalement les rapports du processus digestif avec le système nerveux cérébro-spinal sont proches et multiples. En général, les symptômes objectifs se ressemblent beaucoup tandis que les souffrances présentent de grandes variations individuelles, lesquelles dépendent. d'après Flexner, de l'état de psychisme et de la mentalité du malade. Dans la psychasthénie il suffit de troubles insignifiants pour allumer de grosses manifestations morbides ; et d'après l'opinion prédominante les dyspepsies gastro-intestinales sont capables de provoquer des états psychoneurotiques plus ou moins variés et graves. On a cru expliquer ces faits par des excitations anormales sur les organes centraux du système nerveux, par la voie du nerf vague et du sympathique, ainsi que par l'autointoxication de source digestive. Mais cette manière de voir ne résiste pas à une critique sévère Seules, font une exception les formes légères de neurasthénie, qui peuvent apparaître après des troubles digestifs, à la faveur de la faiblesse et de l'épuisement. Un examen plus serré montre que dans les dyspepsies nerveuses gastro-intestinales, c'est le psychisme qui forme le point de départ. Les troubles qu'éprouve l'activité de l'estomac et de l'intestin par les influences psychiques, peuvent être moteurs, sécrétoires ou sensoriels. On connaît bien l'influence des excitations psychiques soudaines et vives, sur la fonction motrice. Tandis qu'une frayeur subite agit sur le péristaltisme en le paralysant, l'angoisse et la peur excitent l'appareil nervo-musculaire de l'estomac et aussi de l'intestin. Les représentations psychiques et les impressions sensitives ont sur l'appétit et la faim une influence manifeste. C'est ainsi que s'expliquent les névroses sensibles du canal digestif. Il n'y a pas de dyspepsie nerveuse primitive, mais seulement des troubles gastro-intestinaux d'origine psychogène. Le diagnostic étiologique ouvre la voie du traitement qui peut n'être que psychothérapique. Le diagnostic bien fait préservera aussi de certains mécomptes : telles la désinfection illusoire du canal digestif, la désintoxication hypothétique du sang, ainsi que telles opérations sur l'estomac, l'intestin ou l'appendice vermiculaire. C.

Sur la signification du « signe thyroïdien » dans les maladies infectieuses aiguës ; par Vitello Giuseppe. (*Il Morgagni*, févr. 1909, n° 2, p. 76-81.)

L'auteur, rapporte le cas, bien rare, d'une jeune fille de quinze ans, qui fut atteinte d'une pneumonie fibrineuse du sommet, présentant tous les symptômes classiques, avec, en plus, une prédominance des phénomènes cérébraux très graves, et qui, le troisième jour de sa maladie, présenta une tuméfaction corres-

pondant à la région thyroïdienne, et occupant toute la glande; la peau sus-jacente était œdémateuse et présentait une coloration rouge, la consistance en était dure, et à la moindre pression ou mouvement de la tête, on provoquait des douleurs très vives; les veines du cou étaient turgescentes et le visage bleuâtre; il y avait, en même temps, de la dyspnée, due, soit au processus pulmonaire, soit à la compression exercée par la tumeur, du larynx et de la trachée.

Malgré tous les moyens thérapeutiques mis en usage, l'état empira, et la malade succomba au sixième jour, avec tous les symptômes d'une toxhémie grave.

L'auteur pour expliquer le signe thyroïdien, passe en revue les différentes théories émises sur l'invasion, par les agents pathogènes, des tissus, même éloignés, de leurs foyers de prédilection, expose les théories de prédisposition et de « locus minoris resistentiæ », les théories des auteurs français, suivant lesquelles la tuméfaction de la thyroïde, dans les maladies infectieuses, peut être due à une réaction de défense, se relevant par une active prolifération de l'épithélium, et par une hypersécrétion glandulaire; enfin, il mentionne des cas d'autres auteurs, dans lesquels l'inflammation de la glande ne s'arrête pas, comme d'habitude à une simple tuméfaction, mais va jusqu'à la suppuration, lorsqu'il se produit le cadre des phénomènes morbides, dus à l'insuffisance ou à l'arrêt d'une sécrétion interne.

De toutes ces différentes théories, et de ce désaccord entre les auteurs, dû à ce que les études sur le fonctionnement de la glande thyroïde sont loin d'être complètes et perfectionnées, on peut tirer la conclusion que le « signe thyroïdien », dans les maladies infectieuses aiguës, doit être considéré comme l'expression locale d'une infection générale grave et menaçante, dans laquelle ou la virulence microbienne est très prononcée, ou la résistance de l'organisme malade est défectueuse. Oreste SINANIDÈS.

Les traitements électriques du zona, leur pathogénie, leurs résultats; par le Dr H. DUCLOS. (*Thèse de Paris*, 1909.) — Ce travail est intéressant en ce qu'il apporte un chapitre nouveau à la pratique médicale courante. La physiothérapie étend de plus en plus ses bienfaits, sous l'influence de MM. Gilbert et Carnot, Albert-Weil et tutti quanti. La thèse même de M. H. Duclos a été inspirée ou fortement aidée par un électro-thérapeute distingué, le Dr P. C. Petit. Les conclusions de l'auteur sont que le courant continu représente le traitement de choix. L'action électrique s'expliquerait de la façon suivante :

1° Régulation de la circulation sanguine (vaso-constriction, vaso-dilatation suivant le sens du courant), d'où décongestion locale et à distance; 2° Action analgésique s'exerçant sur l'élément névralgie; 3° Action électrolytique agissant sur l'élément vésiculaire par dégagement de chaleur et d'oxygène; 4° Action microbicide et antitoxique par orientation et transport des ions électrolytiques; apparition d'oxygène et excitation de la phagocytose.

Etiologie du trachome Origen; par BERTARELLI et CECCHETTO. (*Centralbl., f. Bakter.* I. t. XLVII, f. 4, p. 432-440, 1 pl. en couleurs.

Les singes inférieurs peuvent prendre la maladie ainsi que l'ont prouvé déjà les recherches de Nicolle et Cuénod, Halberstadter et Prowazek.

L'affection était nette au bout d'un mois: après 45 jours le trachome était en pleine évolution.

Le virus a traversé la bougie Berkefeld grâce à la précaution de faire macérer pendant 24 heures le produit à inoculer dans l'eau physiologique et inoculer le culot de centrifugation du filtrat obtenu sous pression de 1,5 atmosphère.

B. et C. ont recherché par divers moyens les corpuscules décrits par Prowazek dans le trachome et constatent qu'ils sont très rares. Il faut souvent étudier deux ou trois frottis avant de rencontrer une cellule renfermant des corpuscules. Les auteurs pensent pourtant que ces corps sont spécifiques et sont vraisemblablement de nature parasitaire et non de nature cellulaire. G. M.

Traitement du placenta prævia; par KRONIG. (*Zentralb. für Gyn.*, n° 46, 1908.)

La cause de mort la plus fréquente dans le cas de placenta prævia est l'hémorrhagie (6 à 10 %).

Cette hémorrhagie tire son origine de la rupture des vaisseaux de l'isthme et de la partie supérieure du col. C'est pourquoi il faut éviter de dilater l'isthme.

L'auteur prétend que le meilleur parti est l'opération césarienne classique, tandis que l'opération césarienne vaginale est risquée. L'auteur a, dans six cas différents, mené à bien la section césarienne, sans provoquer une réelle perte de sang.

Les six mères ont guéri, 5 enfants ont été conservés à la vie; l'un mourut bientôt, parce que né avant terme. En présence de la dilatation complète de la vulve, la version conserve ses droits; dans les cas d'infection, l'opération césarienne vaginale ou la version d'après le procédé de Braxton-Hick est indiquée. C.

La sérothérapie de la méningite cérébro-spinale; par E. VINAY ALMAZON. (*Cronica Med. Quirurgica*, n° 23, 1908.)

Les résultats favorables obtenus en France par l'injection du sérum de Dopter rendent d'actualité le traitement analogue appliqué en Amérique. Simon Flexner, de New-York, prépare en effet un sérum bactériolytique, et non antitoxique, par l'inoculation à des chevaux de cultures de méningocoques. La durée d'immunisation est d'environ cinq mois. On injecte le sérum ainsi obtenu dans le canal rachidien, à haute dose jusqu'à 40 et 60 c. c., et on répète cette dose les jours suivants, si c'est nécessaire. On constate rapidement, après cette intervention thérapeutique, que les méningocoques diminuent considérablement dans le liquide céphalo-rachidien perdent toute affinité tinctoriale, et cessent de végéter sur les milieux de culture. En même temps les symptômes s'atténuent; le malade reprend connaissance, les fonctions respiratoires et circulatoires tendent à revenir à la normale, la fièvre tombe assez vite; la contracture est l'ultime symptôme qui disparaisse. Le pourcentage des guérisons qui, dans les dernières épidémies de New-York, était de 30 à 50 % seulement est monté à 75 %, à la suite de la sérothérapie. Les résultats les plus favorables s'observent chez l'adolescent; ils sont également des plus nets si l'injection est pratiquée dès les trois premiers jours. F. R.

Nouveau virus invisible; par le Dr DOERR. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 41, 12 octobre 1908, 1847, p. 1849.)

Pendant la sécheresse, existe dans certains pays chauds une maladie appelée: dengue, fièvre estivale ou climatérique, influenza malarique ou estivale, maladie de chien (à cause de la prostration qu'elle détermine) et qui, revêtant un caractère épidémique, s'annonce par des douleurs violentes dans la région orbitaire et dans les extrémités inférieures et une prostration profonde. Anorexie, vomissements, diarrhée, exanthèmes polymorphes transitoires sont fréquents. La mort n'en est jamais la conséquence, mais cette affection, dont les phénomènes aigus durent trois jours environ, nécessite une très longue convalescence.

Dœrr ne trouva aucun microorganisme dans le sang des malades par les procédés ordinaires, en examinant des malades dans le sud de l'Herzégovine où il opérait. Pensant alors à un virus invisible, il envoya du sang venant d'un malade à trois médecins résidant dans des pays où la maladie est inconnue. Les trois médecins s'injectèrent sous la peau un demi cent. cube de ce sang. Deux prirent la maladie.

Le sang dilué dans l'eau physiologique, filtré sur bougies Berkefeld et Reichel, puis injecté à deux soldats demeurant dans un pays indemne, communiqua la maladie après six jours d'incubation.

Il s'agit donc là d'un virus invisible filtrable. La transmission de la maladie ne se fait que par l'intermédiaire de certains insectes suceurs de sang connus en Dalmatie, dans le peuple, sous le nom de Pappataci et qui est le *phlebotomus pappatasii*. Pour s'assurer du rôle de cet agent incriminé par Tausig, Doerr, après en avoir récolté un certain nombre, ayant sucé du sang de malades, se transporta avec eux dans une localité indemne et là il les fit piquer des soldats bien portants. Dans deux cas, il a réussi à donner la maladie après une incubation normale. G.M.

Appendicite compliquant la puerpuéralité; Par ALBERT MARTIN JUED. (*Med. Times*, mars 1909.)

Il est souvent difficile de trouver une relation causale entre la naissance d'un enfant et l'infection de l'appendice. L'auteur est convaincu de l'existence de ces faits, d'après deux cas per-

sonnels. Il n'envisage que l'appendicite survenant du premier au dixième jour après l'accouchement. Il en recherche la cause dans les relations anatomiques qui existent entre les organes génitaux internes de la femme et l'appendice, le déplacement et la contiguïté de ces organes pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que dans les anastomoses vasculaires qui favorisent la transmission de l'infection de l'un à l'autre.

De l'étude de 32 cas qu'il a retrouvés dans la littérature et de ses 2 cas personnels, il conclut que les deux tiers des cas débutent dès les 4 premiers jours. L'infection d'origine génitale n'est pas nécessaire, l'accouchement suffit à la provoquer par l'attrition des tissus et leur compression, surtout s'il y a eu des attaques antérieures d'appendicite, qui n'est alors que réveillée. Les symptômes sont ceux d'une appendicite ordinaire, mais le ventre restant douloureux après l'accouchement, la douleur est difficile à apprécier.

L'élévation de température, la douleur et la sensibilité à la pression du côté droit de l'abdomen doivent faire porter ce diagnostic et faire opérer la malade.

S'il y a coexistence avec une salpingite, le diagnostic est impossible, mais l'indication opératoire subsiste. G. Laroche.

Paralysie du récurrent gauche au cours de la maladie mitrale; par William Daler (*Montreal Med. J.* fév. 1909.)

Une maladie mitrale peut parfois en imposer pour un anévrisme de l'aorte, lorsqu'une dilatation énorme de l'oreillette gauche comprime le nerf laryngé, ce qui entraîne une paralysie de la corde vocale gauche. L'existence de battements dans le deuxième espace intercostal gauche, les troubles de la voix et la dyspnée paroxystique font porter le diagnostic d'anévrysme. Il en cite 3 cas personnels. Ortner, de Vienne, semble avoir été le premier à signaler ces faits. Il s'agissait d'un enfant de 14 ans qui présentait de l'inégalité du pouls carotidien et une paralysie complète de la corde vocale gauche. On fit le diagnostic d'anévrysme aortique. A l'autopsie, on trouva une maladie mitrale avec compression du récurrent gauche par l'oreillette très dilatée. Des cas analogues ont été signalés en Amérique, notamment par Herrich. Dans quelques cas la compression semble relever des veines pulmonaires dilatées, et dans un cas de Fischauer, de Vienne, de l'artère pulmonaire gauche. Exceptionnellement, il y a paralysie des deux récurrents, ce qui pourrait résulter de la traction exercée par le cœur sur l'aorte et la sous-clavière droite, ce qui suffirait à amener l'atrophie du nerf passant sous la vaisseau. G. Laroche.

La vie aux jardins d'Enfants (Extrait de la *Vie intellectuelle*, décembre 1908; par Ronina, professeur de Pédagogie à l'Ecole normale de Charleroi.)

Ronina estime avec raison qu'il est nécessaire d'avoir pour les petits enfants des écoles bien appropriées à leur nature et à leur développement et il trace dans cet article la méthode que les pédagogues avertis ont réalisée pour les écoliers débutants.

Je ne puis insister sur tous les détails des exercices recommandés et sur la technique suivie, je constate seulement que les caractères de l'éducation donnée dans les écoles modernes sont les suivants : respect des tendances héréditaires révélées par l'étude comparative des enfants, adaptation de l'enseignement à l'évolution de l'écolier, heureuse combinaison des nécessités physiques et pédagogiques.

Ce qu'il faut retenir avant tout, c'est l'attention constante de veiller à l'hygiène, à l'aération, à la gaieté, à l'ornementation des locaux.

Le mercure métallique dans les processus suppuratifs et dans la pneumonie; par Gandolfe. (*Il Morgagni*, février 1909, nº 2, p. 41-51.)

L'auteur expose comment le mercure métallique, introduit *per cutem*, sous forme de pommade, agit comme un agent abortif dans les processus suppuratifs en général, pendant, bien entendu, la période de congestion.

Passant en revue les cas ainsi traités d'abcès, de phlegmons, d'érysipèle, d'infiltrations anthracoïdes, d'adénites, de mastoïdites consécutives à l'otite moyenne, etc, etc., il expose les résultats obtenus par lui dans la pneumonie ; en même temps, il décrit certaines conditions, nécessaires pour la réussite du traitement, et qui se résument, comme il suit :

Les frictions agissent seulement (excepté dans les formes syphilitiques) dans la première période des processus qui doivent être francs c'est-à-dire non associés d'éléments tuberculeux. Les frictions doivent être faites énergiquement, comme dans le traitement antisyphilitique, et répétées trois fois dans les 24 heures, les premiers jours, puis deux et puis une, suivant l'atténuation du processus jusqu'à la complète involution ; parce que si on interrompt les frictions pendant un jour, même lorsque l'involution est déjà commencée, on peut voir les symptômes réapparaître, ce qui explique l'opinion de l'auteur, que le mercure agit directement sur les tissus malades, à travers les tissus sains, et non par les voies circulatoires, ou par l'imprégnation générale de l'organisme. Les seules contre-indications du traitement sont : 1º la présence de l'élément tuberculeux, compliquant l'invasion pyogénique, parce qu'alors la masse tuberculeuse, non influencée par le mercure, agit comme un corps étranger, et 2º lorsqu'il s'agit d'un processus secondaire et enfin lorsqu'il persiste le foyer générateur primitif.

Enfin il présente sa statistique de 11 cas de pneumonie, dans lesquels il a essayé les frictions :

Le diagnostic clinique de ces cas ayant été fait au premier stade ou pendant le passage au deuxième, le traitement a été commencé le premier ou le second jour. L'effervescence, dans quelques cas, survint après la quatrième, et, dans d'autres, après la cinquième ou sixième friction.

Abondante diurèse dans quelques cas, abondante sudation dans d'autres. Arrêt du processus à son siège primitif ; expectoration rare correspondant à la rareté des exsudats ; convalescence toujours rapide.

Comme expérience de contrôle, il rapporte 22 cas de pneumonie traités par la méthode symptomatique, qui ont fait leur évolution normale, et dont quelques uns sont terminés par la mort.

L'auteur avoue que sa statistique est encore très petite pour pouvoir affirmer absolument que la guérison était due aux frictions. Toutefois cette expérimentation tendrait, en outre, à faire connaître le mercure comme un moyen antipyogénique sûr, et aussi comme un adversaire de l'élément anticoccique en général. Et si on pense que la pneumonie, quoique connue à fond, cliniquement et bactériologiquement, est toujours très dangereuse, et parfois même mortelle, on serait coupable de ne pas essayer contre elle une méthode de traitement avec l'espoir d'un procédé curatif causal au moment où tant d'autres traitements préconisés comme spécifiques ont fait faillite ; d'autant plus que l'usage des frictions n'exclut pas le traitement symptomatique simultané. O. Sinanidès.

Tumeur du lobe temporo-sphénoïdal et « état de rêves »; Par Colin K. Russel (*Montreal Medical Journal*, février 1909.)

L'auteur rapporte un cas clinique qui prouve la valeur de ces états de rêve au point de vue de la localisation des tumeurs cérébrales. Il s'agit d'une jeune femme de dix-sept ans, dont la maladie avait débuté trois ans auparavant par des vertiges et des crises spéciales qui survenaient environ une fois par semaine. Au cours de ces crises, elle ne perdait pas complètement connaissance, mais déclarait chaque fois apercevoir, comme dans un rêve, une femme essayant de sauver un enfant en train de se noyer.

Cette crise durait 4 à 5 minutes, la face était pâle et les lèvres livides ; il n'y avait ni aura ni mouvements convulsifs, ni miction involontaire, ni morsure de la langue. Il y a un an, elle devint aveugle, mais ces crises persistèrent, quoique légèrement modifiées. Une céphalée intense se localisa à gauche. Il n'y avait pas d'aphasie. Plus tard, survint une anesthésie sur le territoire du trijumeau à gauche, avec perte du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue de ce côté, et ultérieurement paralysie du nerf masticateur. Les réflexes étaient normaux, sauf les réflexes épigastrique et abdominal, qui étaient très diminués à droite. A l'autopsie, on trouva un endothéliome englobant les 2e et 3e circonvolutions temporales dans les 2 tiers antérieurs, l'extrémité antérieure de la 1re temporale, la région de l'anus. En bas elle avait envahi le ganglion de Gasser.

L'auteur insiste sur la diminution des réflexes épigastrique et

abdominal, observée dans ces cas, et qui relèverait de la compression du faisceau pyramidal, avant qu'il n'y ait destruction suffisante pour provoquer le signe de Babinski. Il relève dans la littérature les trois cas analogues d'Anderson, Jackson et Beevor, et de Buzzard, de tumeur du lobe temporo-sphénoïdal accompagnée d'états de rêve. Le terme d'aura intellectuel, parfois employé, est incorrect.

Ces états ne sont nullement un début de la crise, mais l'expression de l'attaque elle-même, de même que les mouvements épileptiformes qui peuvent l'accompagner. LAROCHE.

Traitement diététique de la lithiase biliaire; par le Dr KOLISCH, privat-docent. (*Monast. für die physi. diät, Heilm.* 1909, n° 2.)

Il est un fait à retenir, c'est qu'on trouve souvent à l'autopsie des calculs biliaires non dévoilables par la clinique. Il faut donc éviter les cholagogues et insister surtout sur la diététique.

Pour instituer celle-ci, l'auteur part de ce principe que les cellules biliaires des hépatiques ont une faiblesse congénitale ou acquise, que la concomitance de la lithiase biliaire avec des troubles intestinaux n'est pas fortuite, et qu'il faut tenir compte du voisinage de l'estomac. Donc le traitement diététique doit être trois fois conservateur. Il sera composé de matières grosses facilement fusibles : *laits beurre, crème, linile, lipanine*, etc., sauf dans les cas de troubles intestinaux prononcés.

Les matières albuminoïdes ne peuvent être conseillées qu'avec beaucoup de circonspection et en petites quantités. Il faut interdire les saucisses, les viandes fumées, le vieux gibier.

Il faut recommander les *œufs*, le *poisson* tendre, la *volaille*, le *veau*, le *sucre de lait*. L'entérite sera traitée par des lavages chauds à l'eau de Carlsbad, concurremment avec la cure thermale.

Pas de liquides froids, mais des boissons chaudes : *limonade, thé, eau*. Les boissons chaudes doivent être continuées 6 mois après cessation de la dernière crise. C.

BIBLIOGRAPHIE

La pudeur, la périodicité sexuelle, l'autocratisme. Etudes de psychologie sexuelle; par HAVELOCK ELLIS, traduction par VON GENNEP. (1 volume in-8° de 407 pages. Société du *Mercure de France*.)

Ce volume est le fruit d'une expérience déjà longue : il y a longtemps que l'on suit les théories de l'auteur, et l'on peut se réjouir de le voir entreprendre une série d'études sur la psychologie sexuelle, qu'il connaît si bien et qu'il envisage en biologiste et en anthropologiste. Le premier volume contient trois études qui paraissent être les prolégomènes nécessaires à l'analyse de la sexualité. La première trace les traits généraux d'un état émotionnel complexe, la pudeur, dont le rôle est capital dans les états psychologiques d'ordre sexuel. La seconde, s'inspirant de documents provenant des régions les plus différentes, cherche à expliquer des faits très mal connus jusqu'ici. La troisième prouve qu'on n'envisage pas comme il convient des phénomènes de sexualité et qu'on les juge d'une façon théorique et irréfléchie.

Chacun de ces chapitres forme un tout que l'on prend plaisir à lire et à méditer. La pudeur est un état complexe émotionnel lié à la périodicité sexuelle : celle ci, évidente chez les animaux, est moins apparente chez la femme et surtout chez l'homme. Néanmoins par une analyse scrupuleuse de faits innombrables, l'auteur dégage une loi de périodicité incontestable. Ceci étant admis, il est clair que le geste primitif de refus sexuel de la part de la femelle lorsqu'elle ne se trouve pas en rut, constitue la première manifestation naturelle de la pudeur. Mais l'ambiance l'imagination, l'état social, ont déformé ou mieux transformé le geste primitif : la crainte de causer du dégoût, la crainte des influences magiques des phénomènes sexuels, le développement de l'ornement et du vêtement, l'influence du droit de propriété sur la femme, ont modifié le sentiment initial et en ont fait l'état complexe que nous constatons maintenant.

Ces quelques lignes indiquent suffisamment l'originalité de ces voies et leur valeur anthropologique. Attendons avec impatience la suite de ces intéressantes études. G. P.-B.

Utilité et possibilité de l'adoption d'une langue internationale auxiliaire en médecine, par le Dr Pierre CORRET (*Thèse de Paris*).

On devine qu'il s'agit de l'*Esperanto*, d'autant plus que l'auteur de cette thèse est secrétaire de la Rédaction du *Lingvo Internacia*, et que le président de cette thèse a été le professeur BOUCHARD, *président du Groupe médical espérantiste de France*. Les 142 pages roulent sur l'utilité de cette langue que l'on doit, comme on sait, au Dr ZAMENHOF, chevalier de la légion d'honneur, médecin oculiste à Varsovie. Nul doute qu'au point de vue des échanges scientifiques internationaux, pour nous cantonner sur ce terrain, l'usage d'une langue auxiliaire aussi simple, aussi vite apprise, donnant satisfaction par sa composition, à plusieurs peuples à la fois, ne rende de grands services. A d'autres points de vue, voici les justes conclusions de l'auteur, M. Pierre CORRET.

« Cette connaissance serait également précieuse en temps de « guerre, dans les services de la Croix-Rouge, parmi les méde- « cins de diverses nationalités appelés à donner leurs soins aux « blessés des armées belligérantes, comme aussi entre « ces derniers et les médecins eux-mêmes, qui pourraient faci- « lement se faire comprendre d'eux au moyen de petits guides « spéciaux dont la publication a déjà été commencée.

« L'adoption, comme idiome international, de l'une des lan- « gues actuellement vivantes n'étant pas possible à cause des ri- « valités entre peuples, qui s'opposeront toujours à ce que les di- « verses nations se mettent d'accord sur le choix de la langue « de l'une d'elles ; l'adoption du latin ne l'étant pas davantage « parce que, langue ancienne, il se prête de moins en moins au « développement du langage technique moderne et qu'il faudrait, « pour l'employer, le simplifier et le compléter au préalable, ce « qui n'en ferait qu'une mauvaise langue artificielle ; le choix « d'un idiome neutre artificiellement combiné et d'une étude « facile, s'impose pour le rôle de langue auxiliaire internationale, « et parmi tous les projets plus ou moins complets présentés « depuis Leibnitz et Descartes jusqu'à nos jours, l'Esperanto est « le seul qui, possédant toutes les qualités nécessaires, ait pu « réellement entrer dans la voie des applications pratiques, et « possède dans le monde entier un nombre déjà très considé- « rable d'adeptes. »

Bonne chance à notre confrère. Fera-t-il beaucoup de prosélytes parmi les médecins français ? *Chi lo sa ?* C.

Nouveau Formulaire Magistral de M. le professeur A. BOUCHARDAT, 34e édition, par le Dr G. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École supérieure de Pharmacie de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 fort volume in-18 de 672 pages, cartonné à l'anglaise : 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Cette 34e édition a été mise au courant des progrès de la thérapeutique et collationnée avec le nouveau Codex de 1908.

Nous rappelons que M. G. Bouchardat ne signale jamais parmi les médicaments nouveaux pouvant être introduits dans la pratique courante que ceux dont les résultats sont incontestablement acquis.

Parmi ces derniers se trouvent des succédanés du chloral et du sulfonal, de nombreux dérivés des alcaloïdes de l'opium, de la belladone, dont l'auteur recommande cependant encore l'emploi prudent. Dans le groupe des anesthésiques, des substances nouvelles telles que la stovaïne, la novocaïne sont signalées comme prenant une place honorable à côté de la cocaïne. De même, parmi les antithermiques et les analgésiques, dont le nombre se multiplie à l'infini, on remarque l'importance croissante du pyramidon et de l'aspirine. Enfin, on ne peut laisser passer inaperçus certains dérivés organiques arsenicaux employés dans le traitement des maladies microbiennes, particulièrement le cacodylate de soude et le méthylarséniate de soude, introduits par A. Gauthier ; leur maniement facile en a facilité l'usage, qui est maintenant courant.

Les nombreux renseignements thérapeutiques et hygiéniques joints à ce formulaire continuent à en faire le guide de confiance et le *vade-mecum* du médecin.

L'ouvrage est complété par une série d'exposés succincts sur les procédés opothérapiques, sur l'emploi des sérums, sur la

pratique des vaccins, le traitement de la rage, et par une notice entièrement remaniée sur les secours en cas d'empoisonnement. Enfin, en ce qui concerne la thérapeutique des maladies rénales, on y trouve, à côté du régime des diabétiques, un résumé des applications du régime déchloruré dans l'albuminurie, telles qu'elles ressortent des recherches d'Achard, de Widal et de leurs élèves. C.

Traité des maladies de la peau et vénériennes, publié sous la direction du professeur Erhard Ricke, par MM. Bettmann, professeur à Heidelberg ; Brunns, professeur à Charlottenburg ; Buschke, professeur à Berlin ; Ehrmann, professeur à Vienne ; Grouven, professeur à Bonn ; Jesionek, professeur à Giessen ; Riecke, professeur à Leipsig ; Riehl, professeur à Vienne ; Tomasczewski, privat-docent à Halle ; Torok, professeur à Budapesth ; Ritter von Zumbusck, professeur à Vienne : 14 planches en couleurs et 235 gravures dont un grand nombre en couleurs également. (Librairie Gustave Fischer à Iéna, Prix, broché : 14 marks 50 ; relié : 16 marks.)

Ce livre très bien édité est un excellent traité élémentaire de dermatologie et de vénéréologie. Il est conçu dans un sens très pratique et rédigé par des hommes que leur compétence désignait spécialement pour chacun des chapitres qui leur ont été attribués. Le texte y est rédigé très clairement et d'une manière très concise, sans pourtant qu'il y ait d'omission. Les innombrables gravures qui s'y trouvent à chaque pas le complètent admirablement et donnent de la maladie décrite une idée très précise. Quoique écrit en allemand, ce livre peut être très utile au médecin français qui connaît un tant soit peu la langue allemande, car le texte est simple et la gravure aide grandement sa compréhension. Il fournira aux travailleurs un excellent moyen d'appréciation des situations respectives des deux sciences dermatologiques française et allemande, en même temps qu'il les éclairera sur la nomenclature souvent si différente dans les deux pays. G. M.

Introduction à la médecine des enfants ; par les Dr Marfan, Andérodias, Cruchet. (1 volume, gr. in-8 de 480 pages avec 71 figures. Librairie J.-B. Baillière, Paris, 1909.)

Ce volume est le premier fascicule d'une série qui formera un traité de pédiatrie : *La Pratique des maladies des Enfants*. Dans l'esprit de l'organisateur de cette série, les questions pratiques seront mises en première ligne ; le diagnostic et la thérapeutique, c'est-à-dire les notions les plus fréquemment réclamées par les médecins, seront particulièrement traitées. A en juger par ce premier volume, le but est parfaitement rempli, et je n'hésite pas à féliciter les auteurs des articles.

La lecture de ce fascicule montre combien est absurde l'opinion de tous ceux qui veulent conclure que la pathologie de l'enfant est la même que celle de l'adulte. M. Marfan, dans un chapitre de considérations générales, trace le tableau de la physiologie et la pathologie infantiles, indique les phases de la croissance, les réactions de l'enfant devant les infections. Il démontre par la constitution de l'organisme la cause de la sensibilité aux infections et aux intoxications digestives.

M. Andérodias, dans une seconde partie, parle du nouveau-né et du nourrisson, de leur hygiène, de leurs affections spéciales et de leur alimentation, le tout avec une méthode et une clarté à laquelle nous ne sommes pas accoutumés.

M. Cruchet traite de la moyenne et de la grande enfance et de cette question si captivante de la puberté. Il a le mérite de montrer les relations de cette période de la croissance avec les faits pathologiques et aussi les faits psychologiques. Il utilise tous les travaux anthropologiques sérieux sur ce sujet ; aussi en résulte-t-il une mise au point fort précieuse.

Espérons que l'ouvrage entier aura la perfection de ce début. G. P.-B.

Maladies du crâne et de l'encéphale; par le Dr Auvray. 1 vol. de 508 pages, avec 130 figures. (J.-B. Baillière et fils, 1909.)

On sait l'importance que tend à prendre la chirurgie crâniocérébrale, en particulier la chirurgie des tumeurs de l'encéphale, qui est actuellement en pleine période d'études et de recherches et qui a suscité, surtout en Allemagne, des nombreux et importants travaux dans ces dernières années. Le volume que vient de publier Auvray et qui fait partie du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, constitue une monographie très complète de cette branche de la chirurgie : on y trouvera, à côté d'une mise au point des questions nouvelles, abcès et tumeurs cérébrales, complications intracraniennes des otites, un bon exposé du chapitre plus classique, mais toujours difficile, des traumatismes craniens. L'ouvrage est précédé de considérations historiques, anatomiques et techniques sur la trépanation. C. L.

Considérations anatomo-cliniques sur l'occlusion aiguë du duodénum par l'artère mésentérique supérieure ; par le Dr Maurice Beaurain. (1 vol. de 138 pages, avec 6 figures. Michalon, 1908.)

On trouvera dans cet ouvrage, qui est la thèse inaugurale de l'auteur, une bonne mise au point de la question de l'occlusion duodénale, de l'*iléus artério mésentérique*, comme disent les Allemands. Ce mode d'occlusion intestinale a été surtout observé après les laparatomies où il semble relativement fréquent ; mais on peut le rencontrer aussi en dehors de toute intervention et il en était ainsi dans le cas de Dévé qui a servi de point de départ au travail de Beaurain. Les faits publiés en France sont très peu nombreux, quatre ou cinq seulement, et il est vraisemblable qu'ils se multiplieront quand on connaîtra mieux l'existence et les caractères assez particuliers (absence de ballonnement, vomissements abondants, mais non fécaloïdes, soif intense, oligurie ou anurie) de cette variété d'occlusion. Il est d'autant plus important d'en faire le diagnostic exact, qu'il suffit en général d'un traitement très simple (lavage de l'estomac et décubitus ventral) pour faire cesser tous les accidents. Le travail de Beaurain renferme un exposé très complet de la pathogénie et des symptômes de cette affection ; on y trouvera en outre les 41 observations actuellement publiées, pour la plupart étrangères, d'iléus artério-mésentérique, et un index bibliographique très complet. C. L.

Maladies des reins ; par Jeanselme, Chauffard, Weil et Lœderick, 1 vol. (Librairie J.-B. Baillière, Paris 1909.)

L'ouvrage débute par un exposé de la sémiologie des urines de Jeanselme et Weil ; après une étude de l'urine normale, la sémiologie des urines est minutieusement exposée au triple point de vue physique, chimique et microscopique. Vient ensuite le travail très considérable de Chauffard et Lœderick sur les maladies des reins. Les auteurs passent d'abord en revue les congestions rénales, puis les néphrites dans leur pathogénie, leurs lésions, leur physiologie pathologique, etc., pour aborder l'étude des néphrites spécifiques (tuberculeuses, syphilitiques et paludéennes), des dégénérescences graisseuses et amyloïde, des abcès du rein etc. Signalons enfin les intéressantes considérations sur les rétentions rénales plus ou moins complètes, et ce n'est pas là le chapitre le moins intéressant de l'ouvrage. De nombreuses figures, originales pour la plupart, facilitent encore la lecture de ce consciencieux travail. F. R.

Traité méthodique et clinique des maladies de l'appareil respiratoire ; par G. Rey. 1 vol. (Coulet, édit., Montpellier, 1909.)

Ce livre, écrit avec la plus entière bonne foi, est intéressant dans beaucoup de ses chapitres; conçu d'après les anciennes méthodes cliniques de Barthez, ce qui est une originalité, il traite beaucoup de points qu'on laisse volontiers de côté actuellement. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à lire les descriptions que donne l'auteur de l'état psychique de chaque malade ; on verra la psychologie du bronchitique chronique opposée à celle du tuberculeux, de l'emphysémateux, de l'asthmatique. X.

Traité des maladies des vieillards ; par G. Rauzier. (J.-B. Baillière, édit., Paris, 1909.)

La pathologie de l'enfance a donné lieu à une foule de travaux ; il est donc surprenant de constater combien est restreinte la documentation pour tout ce qui touche à la vieillesse. Et cependant, comme disait J.-J. Rousseau, « nous nous inquiétons plus de notre vie à mesure qu'elle perd de son prix ». Certes, ils ne sont pas rares les mémoires ou les traités dans lesquels se trouvent analysés et discutés quelques points spéciaux de la pathologie sénile ; mais ce ne sont là que des études par-

tielles ; et en dehors du magistral traité de Durand-Fardel, et des leçons cliniques de Charcot, il n'existe pas en France d'ouvrage d'ensemble sur les maladies des vieillards. Peut-être cela tient-il à cette sorte d'impuissance qui nous prend en face de la fatalité. L'enfant, c'est l'avenir, dans lequel fermentent toutes les forces de la vie ; le vieillard, c'est le passé, c'est l'être fragile, sans réactions, qui attend résigné le coup de grâce que rien ne peut éviter. Tout cela est possible ; mais nous savons les généreuses théories de Metchnikoff, qui, plus audacieux que Cicéron, ne se contente pas de défendre la vieillesse, mais veut la remplacer par l'éternelle jeunesse. Il ne faut donc pas désarmer devant la fatalité ; et le livre de Rauzier nous apprendra quels services on peut rendre au vieillard malade, quelles prophylaxies on peut lui conseiller. Ecrit dans une langue claire et agile, on devine dans ce livre l'œuvre de l'élève préféré de Grasset. Et ce n'est pas une des choses les moins intéressantes que la préface de l'illustre maître montpelliérain au frontispice de l'œuvre remarquable de Rauzier. F. R.

L'admission des malades aisés dans les hôpitaux ; ses abus, ses remèdes ; par le Dr Léon Archambault. (Extrait du *Journal de méd. de Paris*, chez Maloine, 1909).

Travail excellent, bien étudié, pas encore assez documenté, mais suffisant pour une solide base de discussion. D'ailleurs, la discussion n'est pas close ; elle continue ; on vient de nommer une commission mixte formée de médecins et représentants de l'Assistance publique de Paris.

Cette commission fera bien de consulter le travail du Dr Léon Archambault. Malheureusement quand une grrrrande commission est nommée, elle ne se soucie pas toujours de ce qui a été fait avant elle.

L'auteur propose contre la fraude : le contrôle, l'enquête, la sanction. Il continue : « Le *Contrôle* sera fait par le médecin qui « envoie — par l'interne de garde, — par un employé spécial « qui demandera la quittance de loyer et fera signer une décla- « ration d'indigence.

« L'*Enquête* sera faite par l'enquêteur du Bureau de Bienfai- « sance du quartier du malade.

« La *Sanction* consistera dans l'application du tarif d'opéra- « tions, tarif élevé de parti pris, – par un procès en escroquerie, — « par l'amende. N'espérons pas ainsi avoir chassé de l'hôpital les « voleurs des pauvres, mais avoir fait rentrer simplement un peu « plus de justice là ou l'iniquité devrait être bannie. » C.

Hygiène individuelle du travailleur. (Etude hygiénique sociale et juridique), par le Dr René Martial, avec préface de M. le Sénateur Strauss, 1907, Paris, V. Giard et E. Brière, éditeurs. Un volume in-18, relié toile. Prix 4 francs. (Bibliothèque internationale d'assistance, de prévoyance et d'hygiène sociale, publiée sous la direction du Dr A. Marie. (Hygiène.

Parmi les nombreux livres relatifs à l'hygiène qui sont parus au cours des dernières années, celui-ci a l'incontestable mérite de traiter un sujet qui ne devrait pas être nouveau, en se plaçant non pas au point de vue du magister, mais à celui de l'intéressé, de l'ouvrier. L'auteur auquel ses nombreux voyages, sa pratique médicale et ses observations sociologiques ont enseigné à voir le monde, a voulu, a fait l'effort nécessaire et rare, pour s'intéresser au prolétariat, il est allé hardiment et généreusement vers ceux qui peinent et ne reçoivent jamais le prix de leur labeur, pour savoir comment ils souffrent et comment on pourrait les soulager. De cette exploration, dans ce prolétariat qui nous coudoie et qui est cependant si loin de nous, il a rapporté le présent livre, dont on pourrait dire qu'il est le développement de la fameuse apostrophe de Danton : « Après le pain, le premier besoin du peuple, c'est l'éducation ».

Plein de précieux préceptes d'hygiène, de critiques justifiées, de documents vécus, ce livre constitue pour tous les sociologues : médecins, hygiénistes, juristes, membres du corps législatif, fonctionnaires, un exposé critique très complet de l'état actuel des questions relatives à l'hygiène individuelle, en même temps qu'il est, pour les anciens, et en particulier pour les secrétaires de syndicats, un vade-mecum indispensable. Comme le dit M. le sénateur Strauss dans sa préface, ce livre est celui d'un éducateur populaire plein d'ardeur dans sa tâche, plein de foi pour l'avenir ; d'un médecin social qui ne s'arrête point aux vues théoriques, mais va droit aux faits, semant la vérité sans souci des murmures que peut soulever sa courageuse initiative. Suivant l'heureuse expression de M. Strauss, *il lie partie* avec les intéressés ; c'est par là que le livre du Dr René Martial se distingue résolument et complètement de tout ce qui a pu être écrit sur un sujet semblable. Complété par une étude juridique des plus consciencieuses où l'on trouve : l'exposé de notre législation ouvrière actuelle, les critiques dont elle est justiciable, les réformes à y apporter, les vœux des éléments syndicaux à ce sujet, des documents très curieux au sujet de l'inspection du travail et un exposé critique du projet de loi relatif à l'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail, que nos législateurs devraient lire et méditer.

En résumé : livre nouveau dans son esprit et dans sa forme, hygiène individuelle du travailleur, hygiène syndicaliste, peut-être d'apparence révolutionnaire, mais avant tout fondée sur l'observation la plus sincère et la plus avisée, par conséquent vrai.

Anatomie comparée du développement des membranes de l'œuf et du placenta ; par Otto Grosser. (Vienne, édité chez Braumüller, 1909.)

Ce remarquable travail, que l'auteur intitule : « Manuel destiné aux étudiants et au médecin », est un beau volume de 314 pages, richement illustré de 210 figures dans le texte et de 48 figures hors-texte sur VI planches en couleur.

Le livre comprend trois chapitres dont le Ier est consacré à l'étude des feuillets blastodermiques et des membranes de l'œuf chez les sauropsidiens ; le IIe à celle des mêmes organes dans la classe des mammifères, enfin dans le IIIe chapitre, le plus long, Grosser traite de la placentation dans toutes les espècee animales, en donnant une importance toute spéciale au placenta de l'espèce humaine.

Ce IIIe chapitre se divise lui-même en trois parties. Après avoir étudié dans une 1re partie les *semi-placenta* (*placentœ oppositœ, semi placenta diffus*) tel qu'on le trouve chez la truie, et *semi placenta multiplex* des ruminants, l'auteur s'occupe dans la 2e partie des *placenta vera* comprenant deux types : le *placenta zonarin*, qui existe chez la plupart des carnivores (chien, chat), et le *placenta discoidalis* des rongeurs (lapin, souris, rat, cobaye), des insectivores, des cheiroptères et des primates.

Enfin le placenta humain est longuement traité dans la 3e partie, qui à elle toute seule complète presque la moitié du volume. L'auteur aborde successivement l'étude de la muqueuse utérine normale et au moment de la menstruation, de la fécondation et des premiers phénomènes qui se passent dans l'œuf, de la nidation de celui-ci ; du dédoublement de la déciduale, etc., en passant ainsi en revue tous les stades du développement de l'œuf humain. ainsi que les échanges placentaires. Il nous donne enfin une description des membranes et du placenta au moment de la délivrance et un court aperçu sur l'utérus post-partum.

Le volume se termine par une vue d'ensemble sur la placentation des mammifères, où l'auteur justifie la classification par lui adoptée des différents types de placenta, où il montre le passage insensible de ces types les uns dans les autres et où il aborde certaines questions de l'évolution des espèces. C.J.

Le Nu au théâtre, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours; par les Drs Witkowski et L. Nass. Un vol. in-8, de 420 pages, avec 254 illustrations. (Chez H. Daragon, éditeur, 96, rue Blanche. Prix : 20 fr.)

Cet important ouvrage est surtout médical par ses auteurs, nos confrères les Drs Witkowski et Lucien Nass, qui n'en sont ni l'un ni l'autre à leurs essais, en fait de littérature médicale, paramédicale *et quibusdam aliis*. Les médecins s'intéressent d'ailleurs au Nu, au double point de vue anatomique et esthétique, en science comme en art, toute curiosité leur est permise.

Le Nu au Théatre est, d'autre part, un sujet d'actualité, surtout depuis les procès intentés à des directeurs de music-halls et à des artistes prévenus d'outrages à la pudeur.

Dans le présent volume, documenté aux meilleurs sources, et abondamment pourvu de références authentiques, les Drs Witkowski et Lucien Nass démontrent que ces exhibitions qualifiées

ouvent de « sensationnelles » ne font que continuer la tradition, et que, depuis l'origine du théâtre, des femmes nues — ou si peu vêtues qu'elles étaient quasiment « en peau » — ont été offertes à l'admiration du public.

Pendant bien longtemps, celui-ci n'y vit point matière à pornographie ; il suffisait que ces exhibitions ne fussent point interdites pour que sa lubricité ne fût point éveillée. Ce sont les différentes phases de cette esthétique théâtrale que les auteurs du Nu au Théatre se sont efforcés de faire revivre et de replacer au vrai jour de la critique. Somme toute, ils ont passé une revue générale de la mise en scène depuis l'origine du théâtre jusqu'à nos jours, en insistant spécialement sur son côté galant et sur son interprétation du sentiment amoureux ; puis dans une autre partie, étayée par de nombreuses citations, ils ont démontré que les audaces du langage dramatique étaient autrement téméraires autrefois qu'aujourd'hui.

Le Nu au Théatre est donc un volume indispensable aux nombreuses personnes qui s'intéressent aux choses de la scène. Illustré de nombreuses figures d'après des documents authentiques, il apporte une contribution de premier ordre à l'histoire du théâtre. Mais il ne peut manquer d'intéresser les médecins qui s'occupent du théâtre (et il y en a) Ils se récréeront devant des figures des plus curieuses. Ils y liront des histoires et des anecdotes qui seront pour eux d'un joyeux passe-temps. C.

Leçons élémentaires de microbiologie générale; par Emm. Pozzi-Escot. (1 vol. J. Rousset, édit., Paris, 1908.)

Cet ouvrage est la reproduction des leçons de microbiologie générale professées par l'auteur à l'Ecole nationale d'agriculture et de médecine vétérinaire du Pérou en 1907. Il a pour but d'initier le lecteur à l'étude des infiniment petits et de lui permettre d'aborder ensuite fructueusement l'étude des ouvrages spéciaux en vue de spécialisations médicales ou industrielles.

L'ouvrage se divise en deux parties. Dans la première, après un rapide aperçu du phénomène vital, l'auteur traite de la cellule chez les êtres unicellulaires, c'est-à-dire chez les microbes et les bactéries. Il étudie leur morphologie et les variations qu'elle subit suivant les milieux de culture, leur structure anatomique, leur physiologie et leur nutrition. Les microbes et les bactéries sont particulièrement intéressants par les produits de leur activité vitale ; les levures sécrètent des diastases susceptibles d'applications industrielles, les microbes malfaisants sécrètent des toxines qui déterminent des maladies. L'étude de ces toxines se rattache étroitement à celle des anti-toxines et des sérums dont l'emploi en thérapeutique a été si fécond en résultats pratiques. Cette première partie se termine par la technique microbiologique, la culture des microbes et leur examen microscopique.

La seconde partie est consacrée à la description des principaux groupes de microbes, des industries agricoles et des ferments alcooliques, à leur application dans la laiterie, la fromagerie, la fabrication de l'alcool et de la bière. L'ouvrage se termine par l'étude des ferments du sol et par des notes sommaires d'analyse bactériologique.

L'auteur a su éviter tous les développements inutiles et on ne peut que le féliciter de la clarté et de la précision qu'il a apportées dans ses leçons. L'ouvrage est d'ailleurs bien présenté et d'une lecture facile.

L'Art chez les fous (Le dessin, la prose, la poésie) ; par Marcel Réja, 1 vol. 236 p., de 3.50, 1908. *Mercure de France*).

Ce petit livre est une sorte de classification méthodique des productions artistiques des aliénés. L'auteur étudie les dessins et les œuvres littéraires de ces malades, en séparant ceux qui étaient déjà artistes de ceux qui ne l'étaient pas. Il cherche en même temps à caractériser ces œuvres, selon le degré de désagrégation mentale des auteurs.

Les dessins des fous ont une grande ressemblance avec ceux des enfants et des sauvages, ou bien ils sont des pastiches des formes archaïques de l'art. De même, en littératture, les fous, comme les novices font des vers plutôt que de la prose ; le vers est la formule mécanique instinctive de l'émotion.

Les œuvres en prose sont les seules qui ont parfois quelque mérite ; mais la plupart ont des caratères spéciaux, ressortissant à l'absurdité, au symbolisme, au mysticisme, au formalisme et à la fuite d'idées.

Conclusions générales : Si parfois quelques tentatives sont comme des formes plus ou moins embryonnaires de l'art, la préoccupation artistique est primitivement étrangère à la réalisation de l'art. Cependant, les perturbations psychiques sont susceptibles de déterminer l'apparition d'une activité artistique complexe. Mais les réalisations esthétiques sont très inégales. L'aliénation procure l'inspiration, qui peut hausser au-dessus de lui-même le fou déjà artiste, et reproduit une formule plus ou moins primitive chez l'inexpérimenté... L'art semble être l'expression d'une conscience obscure de l'individu, schème concret où celui-ci synthétise les notions acquises, sans avoir recours à l'abstraction.

E. C.

FORMULAIRE OFFICINAL

XII. — Soluté de digitaline cristallisée au millième.

Digitaline cristallisée	un gramme.	1
Alcool à 95°	quatre cent soixante grammes.	460
Glycérine de densité = 1,252	quatre cents grammes.	400
Eau distillée	Q. S.	

Pour un poids total de 1.000 grammes,

Faites dissoudre la digitaline dans l'alcool, ajoutez ensuite la glycérine et complétez le poids total de 1.000 grammes avec de l'eau distillée.

Cinquante gouttes de ce soluté, comptées au compte gouttes normal, pèsent sensiblement *un gramme* et renferment *un milligramme* de digitaline cristallisée.

XIII. — Suppositoires d'aloès.

Aloès en poudre très fine	cinq grammes.	5
Beurre de cacao	vingt-cinq grammes.	25

Chaque suppositoire pèse 3 grammes et renferme 0,50 grammes de poudre d'aloès.

XIV. — Suppositoires d'extrait de ratanhia.

Extrait de ratanhia desséché et pulvérisé	dix grammes.	10
Beurre de cacao	vingt grammes.	20

Faites dix suppositoires en suivant la marche indiquée pour la préparation des suppositoires d'aloès.

Chaque suppositoire pèse 3 grammes et renferme 1 gramme d'extrait de ratanhia.

XV. — Teinture d'aconit (racine).

Racine d'aconit en poudre demi-fine (tamis n° 15)	cent grammes.	100
Alcool à 70°	Q. S.	

Faites par lixiviation 1.000 grammes de teinture.

Caractères. — Liquide jaune brunâtre, produisant sur la langue une sensation persistante de fourmillement, donnant un trouble léger par addition de son volume d'eau distillée.

Titre.— La teinture de racine d'aconit doit renfermer *cinquante centigrammes* d'alcaloïdes totaux par 1.000 grammes. (Convention internationale).

Observation. — Cette teinture renferme moins de principes actifs que celle du Codex de 1884.

Emploi. — Sirop d'aconit.

XVI. — Teinture de belladone.

Feuilles de belladone en poudre demi-fine (tamis n° 15)	cent grammes.	100
Alcool à 70°	Q. S.	

Faites par lixiviation 1.000 grammes de teinture. (Convention internationale).

Caractères. — Liquide vert brunâtre, se troublant par addition de son volume d'eau distillée.

Observation.— Cette teinture renferme moitié moins de principes actifs que celle du Codex de 1884.

Emploi. — Sirop de belladone.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'abolition du réflexe cornéen, signe diagnostique de l'hémiplégie dans le coma ;

Par G. **MILIAN**
Médecin des hôpitaux.

Il est fréquent, en présence d'un individu dans le coma d'être embarrassé pour diagnostiquer la cause de ce coma. Est-ce une intoxication, est-ce une lésion cérébrale en foyer, est-ce un coma post-épileptique, ou surtout ne s'agit-il pas d'un ictus apoplectiforme hystérique ?

Ce dernier diagnostic est quelquefois particulièrement difficile : on voit des sujets plongés dans le coma, présentant des phénomènes paralytiques avec ou sans contracture, agités de temps à autre de convulsions dont on ne connaît parfois les descriptions de l'entourage ; on peut penser en pareil cas à quelque sérieuse affection cérébrale ou méningée, alors qu'il s'agit de purs accidents hystériques qui cèdent subitement et sans coup férir à la moindre thérapeutique raisonnée.

***

La recherche du *réflexe cornéen* est capable d'apporter l'argument décisif qui tranche la difficulté.

On sait en quoi consiste ce réflexe : lorsqu'on touche la cornée d'un individu, les paupières de celui-ci se contractent immédiatement, et l'œil se ferme. Cette réaction se produit toujours avec énergie et tout médecin sait par expérience combien il est difficile de maintenir un œil ouvert quand on veut en extraire un corps étranger ou y introduire une goutte de collyre.

Lorsqu'un individu est dans le coma et qu'il a une hémiplégie, le réflexe cornéen est aboli du côté paralysé. Supposons chez un sujet une hémiplégie gauche, on pourra écarter sans peine avec les doigts les paupières de l'œil gauche du malade et titiller à volonté la cornée de ce côté sans provoquer la moindre réaction de défense. Au contraire, du côté droit, les paupières se contractent avec une telle énergie qu'il est impossible de maintenir l'œil du sujet ouvert sous ses doigts.

Cette disparition du réflexe cornéen du côté paralysé est absolument constante et se produit toujours avec une netteté très grande et que, la plupart du temps, n'ont pas, en pareille circonstance, les autres signes de l'hémiplégie. Je l'ai, pour ma part, toujours constaté avec une très grande évidence et avec la plus grande utilité chaque fois que j'ai eu recours à lui.

Il est d'autant plus intéressant de signaler la perte de ce réflexe cornéen qu'on a coutume et qu'il est classique de dire que, dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, le facial supérieur est toujours respecté. Si, depuis plusieurs années, on a constaté que dans l'hémiplégie d'origine cérébrale le facial supérieur était touché, on a toujours dit (et cela est conforme à la réalité) que cette atteinte était légère et nécessite une série de petits exercices spéciaux pour leur mise en évidence. Or ici il ne s'agit pas d'une nuance (comme de savoir si le sujet ne peut pas fermer *isolément* l'œil du côté malade), mais bien d'un symptôme véritablement grossier.

Je n'ai jamais eu l'occasion de rechercher ce signe dans l'hémiplégie alterne, c'est-à-dire dans les lésions bulbaires, mais il est certain *a priori* et *a fortiori* que la disparition du réflexe cornéen y existe avec plus de netteté encore, si cela est possible, que dans la paralysie d'origine cérébrale et que cette disparition se fait du côté de la paralysie faciale, c'est-à-dire du même côté que la lésion cérébrale et du côté opposé à la paralysie des membres.

***

Qu'on ne croie pas que ce signe ait pour seul mérite d'augmenter le nombre de ceux déjà donnés pour le diagnostic de l'hémiplégie. Sa constance et sa netteté lui donnent une valeur toute particulière. Et de nombreux exemples pourraient être cités des cas où il fut à peu près seul à apporter un argument décisif et à former l'opinion.

Dernièrement encore, je voyais une femme dans le coma depuis vingt-quatre heures. Cette femme avait coutume de se piquer à la morphine, dont elle prenait des doses parfois considérables pour soulager de violentes douleurs vésicales. Les doses prises étaient parfois tellement élevées qu'il arrivait à cette femme de tomber dans un véritable sopor qui durait un ou deux jours, et dont elle sortait cependant au bout de ce temps. Aussi le diagnostic porté par les deux médecins traitants, anciens internes des hôpitaux très compétents, fut-il *intoxication morphinique*, c'est-à-dire accident semblable à ceux déjà présentés par la malade, soit pronostic favorable. Ce diagnostic se justifiait d'autant plus qu'il y avait du myosis et du ralentissement du pouls occasionnés par la morphine dont avait fait usage la malade.

Frappé par l'immobilité du côté gauche du corps, je pensais qu'il devait y avoir là une hémiplégie et pas seulement une intoxication. Les membres gauches retombaient à peu près inertes quand on les soulevait, mais le signe de Babinski ne nous fournissait aucun renseignement. En effet, du côté droit, la friction de la plante des pieds occasionnait la flexion des orteils, réflexe normal, mais il etait impossible de savoir comment il se produisait à gauche; dès qu'on touchait la plante de ce pied, même très légèrement, il se produisait un retrait en masse de tout le pied et non pas seulement une flexion ou une extension. Les réflexes rotuliens étaient conservés des deux côtés. Le reflexe abdominal, souvent aboli du côté hémiplégié, était disparu ici des deux côtés. La démonstration de l'hémiplégie était loin d'être complète.

L'abolition complète du réflexe cornéen du côté gauche, alors qu'il persistait à droite, me permit d'affirmer ce diagnostic et de faire passer ma conviction dans l'esprit du médecin présent. Ce diagnostic fut d'ailleurs vérifié le soir même par l'élévation de la température à 39°, l'achèvement de la paralysie qui devint absolue, et par la mort qui survint le lendemain.

***

La même disparition du réflexe cornéen peut s'observer dans l'*épilepsie jacksonienne*. C'est même là que je l'ai observée pour la première fois dès l'année 1896 (1). Le réflexe cornéen était aboli à gauche, côté où se produisaient les secousses convulsives qui laissaient comme reliquat une hémiplégie gauche ; le réflexe cornéen était indemne à droite.

Le réflexe disparut ultérieurement du côté droit lorsque les convulsions se généralisèrent et devinrent subintrantes.

L'autopsie révéla un tubercule cérébral sous-cortical de la zone rolandique du cerveau droit.

Cette disparition unilatérale du réflexe cornéen dans l'épilepsie jacksonienne peut rendre des services considérables dans le diagnostic des convulsions hystériques ou

(1) MILIAN. — Epilepsie jacksonienne à type facial. Tubercule cérébral sous-cortical. (*Bull. de la Soc. anatomique*, novembre 1896.)

de l'attaque d'épilepsie vraie qu'il est si souvent difficile de distinguer d'elle.

Et ce fait nous montre en outre d'une manière péremptoire que la disparition unilatérale du réflexe cornéen chez un malade dans le coma est l'indice d'une lésion cérébrale en foyer, siégeant dans la zone rolandique, au niveau du centre des mouvements de la face ou au niveau du faisceau pyramidal.

***

On aperçoit facilement aussi que la disparition *unilatérale du réflexe cornéen* permet de distinguer les comas d'ordre toxique. Dans les empoisonnements, si le réflexe cornéen est aboli, il l'est des deux côtés et non d'un seul, car le poison agit d'une manière diffuse sur la totalité du cerveau et non pas avec électivité sur une zone restreinte.

Le sommeil chloroformique est un excellent exemple de cette disparition bilatérale du réflexe cornéen par action toxique. Il est vrai de dire pourtant que lorsqu'on donne le chloroforme avec très grande attention, on constate que les deux côtés du corps ne s'endorment pas absolument en même temps et que le réflexe cornéen disparaît d'abord d'un seul côté.

Il va sans dire qu'en pathologie, cette nuance ne sera jamais rencontrée, car il faut précisément être à la limite de la dose toxique, comme lorsqu'on donne le chloroforme goutte à goutte, pour obtenir cette dissociation du réflexe, ce qui n'est pas lorsqu'on se trouve en présence d'un coma prolongé relevant par suite d'une intoxication massive et profonde.

Il faudra peut-être faire quelques réserves sur la disparition unilatérale du réflexe cornéen dans l'urémie, car on sait que cette autointoxication s'accompagne parfois de paralysies partielles relevant de lésions cérébrales en foyers soit toxiques, soit par œdème.

Un cas d'association de scarlatine et de fièvre typhoïde ;

Par **F. TISSOT**.
Médecin de l'asile de Dury.

L'association de scarlatine et de fièvre typhoïde légitimes est considérée comme rare ; dans les cas de ce genre, disent Brouardel et Thoinot (Traité de médecine, 1903, tome Ier, page 762), la typhoïde est généralement la première en date, puis à une époque quelconque, le plus souvent tardive, la scarlatine apparaît. Il est bien plus rare que celle-ci précède la dothiénentérie.

Voici la relation d'un cas de scarlatine franche qui fut compliquée au dix-neuvième jour de son évolution, en pleine défervescence, d'une typhoïde non moins certaine.

OBSERVATION. — *Résumé : Scarlatine chez un adolescent ; sans intervalle fièvre typhoïde à prédominance exanthématique, à minimum de troubles intestinaux. Complications méningitiques et septiques. Mort.*

F..., Louis, 17 ans, ouvrier carrier, sans autres antécédents pathologiques que l'alcoolisme paternel, manifestement débile au double point de vue physique et mental, d'aspect infantile, buveur d'eau-de-vie, interné le 12 septembre 1908 à l'asile de Dury pour troubles mentaux paroxystiques qui semblent avoir été déterminés par l'alcool à la faveur de sa moindre résistance organique.

A son entrée, il présente un état d'étonnement confusionnel avec désorientation, inquiétude vague, indifférence affective, inertie motrice. Cet état se modifie rapidement et le jeune malade a bientôt repris sa vie psychique habituelle qui procède à la fois de débilité et de confusion mentale innées.

Le 17 janvier 1909, en pleine santé et en dehors de toute condition épidémique du milieu, il est pris de malaise avec fièvre, frissons, vomissements et angine ; le 19, apparaît un érythème scarlatineux typique sur le tronc et le cou en même temps que l'exanthème bucco-pharyngé se précise et que la langue prend un aspect vernissé et framboisé ; troubles digestifs ; vomissements, diarrhée ; albuminurie abondante.

Le 24, desquamation furfuracée abondante, se continuant les jours suivants et prenant aux extrémités digitales la forme classique en larges soulèvements épidermiques. Disparition de l'albumine urinaire. Bain savonneux quotidien.

Jusqu'au 15e jour de la maladie, la fièvre oscille autour de 39° et dès le seizième elle marque une défervescence en lysis. Mais cette défervescence n'a pas le temps de s'achever, car au dix-neuvième jour la température remonte par oscillations ascendantes pour atteindre 41° le vingt-deuxième jour. La fièvre typhoïde est déclarée.

En effet, le 8 février, qui serait vraisemblablement le cinquième jour de la typhoïde, on note : diarrhée jaune-ocre, puante ; céphalée, apparition de quelques taches rosées sur l'abdomen, pouls rapide (128), faible, irrégulier. Le malade est aussitôt traité par les bains frais ; à l'intérieur, en outre d'un régime alimentaire et toni-cardiaque approprié, on prescrit du ferment lactique pour modifier le milieu intestinal.

Septième jour de la dothiénentérie : séro-diagnostic positif, agglutination à 1/50e en 25 minutes. Pas d'état typhoïde. Albuminurie de moyenne intensité.

Neuvième jour : l'éruption de taches rosées, qui a été progressive, semble être à son apogée ; elle est d'une abondance extrême, généralisée au tronc et aux membres. Pouls meilleur, toujours rapide.

Le douzième jour, en même temps que l'exanthène diminue, survient un état ataxo-adynamique très prononcé : tremblement ataxiforme de tout le corps, soubresauts des tendons, torpeur intellectuelle, état onirique, fuliginosités de la bouche, urines rares.

Seizième jour de la typhoïde : amélioration générale, disparition de l'adynamie et de l'onirisme ; la bouche se déterge, la fièvre baisse, le malade boit mieux et urine abondamment. Les selles sont de bon aloi depuis l'emploi du biolactyl. Légère albuminurie persistante.

Vingtième jour : nuit très agitée, le malade délire activement, il se lève, brise des objets à sa portée. Dès ce moment, malgré une amélioration consécutive, malgré le bon fonctionnement de l'intestin et des reins, avec une température relativement peu élevée, des complications surviennent qui vont assombrir singulièrement le pronostic : otite suppurée gauche créant une surdité incomplète ; escarres développées dans le dos à la suite d'une éruption de petits furoncles ; escarres aux genoux, aux talons, aux coudes, révélant l'altération grave du trophisme ; symptômes de méningite spinale subaiguë consistant en raideur musculaire généralisée, myosis, immobilité et inégalité des pupilles. Ponction lombaire impossible en raison de la mortification des tissus.

La contracture augmente d'intensité les jours suivants, au point que le malade se trouve bientôt dans un état de rigidité absolue et irréductible en extension ; toute flexion du tronc est impossible. Surdité complète et bilatérale.

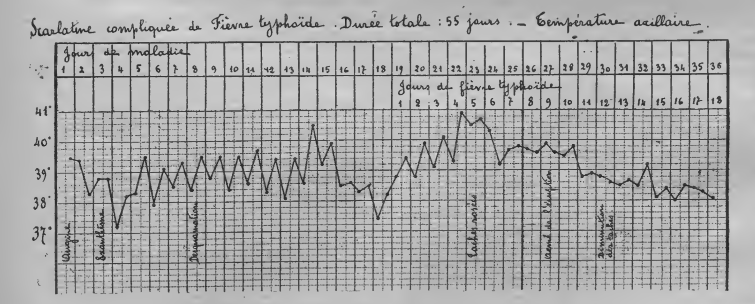
Pas de troubles intestinaux ni gastriques. Adénite crurale en voie d'abcédation. Cris nocturnes ; pincement des traits.

8 mars : même état méningitique avec escarres nombreuses et étendues, écoulement purulent abondant des deux oreilles, tuméfaction des régions préauriculaires, vomissements porracés, parésie vésicale, fuliginosités épaisses.

Mort le 13 mars après cinquante-cinq jours de maladie.

Considérations. — L'étiologie de cette double infection n'a pu être établie avec précision : la scarlatine était jusqu'ici inconnue à l'asile de Dury (ce cas est d'ailleurs resté isolé) et la typhoïde y est une rareté dont le dernier exemple remonte à trois ans. C'est donc de l'extérieur que le contage scarlatineux a été apporté, vraisemblablement par les parents du malade qui le visitèrent en effet quinze jours avant le début de la scarlatine, mais qui restèrent eux-mêmes indemnes.

Comme on peut le voir par la courbe thermométrique, la scarlatine de notre sujet a revêtu une forme franche et à température assez élevée ; c'est à cette dernière particularité sans doute qu'il faut attribuer l'abondance de la desquamation, car l'exanthème, quoique net, ne fut pas très intense.



Le graphique montre encore clairement que la fièvre typhoïde a débuté avant terminaison complète de la scarlatine, même la desquamation n'avait pas cessé quand survinrent les oscillations ascendantes. Il n'y a donc aucun intervalle de temps, aucune transition clinique entre les deux affections, dont la seconde s'installe au déclin de la première. Complications mises à part, cette typhoïde semble tirer une caractéristique de l'abondance des taches rosées et de la bénignité des phénomènes intestinaux : l'éruption fut en effet particulièrement intense et durable, ayant été progressive dans son installation et dans sa disparition. Faut-il attribuer au biolactyl la bénignité, la presque absence de troubles intestinaux, la bonne qualité des selles pendant toute la durée de la maladie ? C'est à croire, parce que sa cessation momentanée fut suivie d'un retour de la diarrhée et que sa reprise améliora aussitôt les selles.

Quoi qu'il en soit, le cas actuel réalise bien le type exanthématique de la fièvre typhoïde décrit par Weill et Lesieur (*Presse médicale*, 1906, n° 102), type clinique caractérisé par l'importance de l'éruption, l'atténuation des signes intestinaux, ces deux conditions comportant comme corollaire la bénignité du pronostic. Il en eût été probablement ainsi de l'évolution chez notre malade sans les complications méningées auxquelles le prédisposaient peut-être ses antécédents familiaux et personnels : il est possible aussi que la scarlatine initiale ait diminué dans une certaine mesure la résistance du sujet et favorisé l'éclosion des accidents septiques qui ont contribué au dénouement. C'est sans doute par le concours de circonstances spéciales que ce cas de fièvre typhoïde exanthématique fait échec aux conclusions tirées par les deux auteurs lyonnais sur la générale bénignité de ces formes.

Un fait encore est intéressant dans notre observation : c'est que les deux affections ont évolué l'une et l'autre d'une manière très classique, sans s'influencer aucunement, sans qu'aient été modifiées ni leur courbe thermométrique, ni leur physionomie clinique respectives. Il est vrai de dire qu'ici scarlatine et fièvre typhoïde ne se sont pas trouvées exactement associées puisque cliniquement elles se sont succédé. Cependant, en tenant compte du temps nécessaire à l'incubation, on peut bien admettre que le malade était en puissance de dothiénentérie pendant qu'évoluait sa scarlatine, et ainsi l'association existerait bien réellement.

Les dernières observations analogues que nous avons trouvées dans la littérature médicale sont celles de Le Goïc (in *Revue de Médecine*, 1904) : les deux affections furent notablement atténuées dans leur intensité comme dans leur symptomatologie, et le syndrome se termina par guérison. Dans la nôtre, et contrairement aux assertions de Taupin (cité par Le Goïc d'après Kelsch), la fièvre typhoïde n'a nullement émoussé les traits de la scarlatine qui lui était combinée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène à outrance.

Dans un des derniers numéros du *Matin*, M. Maurice Letulle s'élève contre la saleté des rues de Paris. Après le spectacle que ces dernières ont fourni fin décembre dernier et jours suivants, après les flaques d'eau et les boues amoncelées dont nos chaussées sont agrémentées à la

suite de la moindre pluie, aucun Parisien ne s'inscrira en faux contre les plaintes de M. Letulle.

Mais ce n'est pas tant contre la boue ou l'accumulation des neiges que tonne notre journaliste d'occasion ; non. Pour lui la « saleté des rues » est surtout due aux crachats des passants, qui s'étalent sans vergogne sur les trottoirs. De là, naturellement, la transmission des maladies contagieuses : scarlatine, tuberculose, etc. Et la conclusion de l'auteur, c'est que chacun de nous devrait avoir dans sa poche un crachoir (qu'on «peut acheter dans les magasins pour quelques sous») ou tout au moins prendre la précaution d'aller cracher dans le ruisseau de la chaussée. Le mouchoir que vous avez en poche doit se contenter des déjections du nez, car il passe chez la blanchisseuse, que vos crachats pourraient contaminer. J'imagine que M. Letulle doit être pour quelque chose dans l'installation de ces réceptacles tronc-coniques que j'ai vus accolés contre quelques candélabres du boulevard St-Germain, réceptacles destinés, paraît-il, à se remplir des prospectus, vieux journaux, détritus de papiers quelconques, que jusqu'ici on se bornait à laisser tomber à ses pieds. Pour peu qu'on arrive à ériger en articles de loi ces.... prescriptions qui, heureusement, ne sont encore qu'à l'état de conseils, d'invitations, on voit d'ici l'agrément dont jouiront les promeneurs paisibles des rues...

Vraiment à force de vouloir protéger la vie, on finira par rendre celle-ci insupportable, et, comme dit l'autre, *propter vitam, vivendi perdere causas*. Je me rappelle avoir entendu dire à Victor Considérant (il y a longtemps de cela ; je n'en suis pas plus jeune, hélas !) que la surface de la terre était un immense.... pot de chambre (pardon, mais ce fut son expression même). Nos paysans, dans les campagnes, le démontrent tous les jours. Eh ! bien, dans les villes, nous avons urinoirs et water-closets distribués çà et là, et, pour le reste, la chaussée et les trottoirs, la rue, en un mot. Et ce n'est pas parce que vers la fin de la journée, la rue sera tachetée de quelques prospectus, de quelques vieux journaux ; ce n'est pas parce que, en jetant un regard scrutateur sur la surface des trottoirs, on apercevra quelques crachats (*rari nantes in...vasto*), que la rue pourra être qualifiée « sale ». Elle est, d'ailleurs, balayée, nettoyée tous les matins, et papiers et crachats disparaissent ensemble dans l'égoût. Ah ! je sais bien qu'on viendra dire que les balayeurs des rues sont exposés, de par leur métier, à contracter les maladies transmissibles par les crachats. Cependant je n'ai pas ouï dire que cette honorable corporation soit plus frappée que toute autre. Quant aux passants qui piétinent ces crachats, quant aux dames qui les essuient de leurs longues robes, m'est avis que si les maladies transmissibles n'avaient pas d'autres causes de contagion que celles-là, les médecins seraient loin d'être surmenés de ce fait. Vraiment, trop est trop, et je dirais volontiers, en paraphrasant un vers de Boileau : « Qui ne sut se borner, ne sut jamais....» faire de l'hygiène.

A propos de la « saleté des rues» , je voudrais bien émettre un vœu auprès de « qui de droit ». Quand il est tombé sur les chaussées une pluie peu intense et de peu de durée, celles-ci se couvrent, au bout de peu de temps, d'une boue sans consistance, qui ne colle pas aux pieds, et vous pouvez les franchir impunément, sans crainte de vous salir. A une condition, cependant, c'est que Monsieur « qui de droit » vous en laisse le temps. En effet, à peine cette boue commençait-elle à se sécher inoffensive, que voici survenir un, deux tonneaux d'arrosage ou une équipe d'ouvriers munis de leurs lances à jets d'eau, qui transforment, en un clin d'œil, la chaussée en un cloaque immonde où les chiens eux-mêmes hésiteraient à passer.— « Ne vous plaignez pas, me disait un de ces « arroseurs » à qui je m'adressais : c'est pour rendre la chaussée plus propre, que nous la salissons provisoirement. Voyez là-bas le rouleau balayeur qui va réparer tout le mal. »—De fait, un rouleau balayeur fonctionnait à 500 mètres du point où je me trouvais, car on avait aussi arrosé là-bas. Mais point de rouleau visible à proximité.

De sorte que pendant longtemps encore — si toutefois le rouleau lointain n'avait pas oublié d'arriver jusqu'ici — les passants, pour aller d'un trottoir à l'autre, étaient obligés d'affronter ce torrent de boue délayée. Mais admettons que les rouleaux balayeurs fonctionnent peu après l'arrosage : ils se bornent à étaler la boue sur une couche uniforme de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, en accumulant le long des trottoirs une bouillie beaucoup plus épaisse, que les passants doivent franchir d'un bond, s'ils ne veulent pas être crottés jusqu'aux genoux.

L'administration qui ordonne ces travaux est certainement animée des meilleures intentions, et nous espérons ne pas la froisser en lui demandant d'exaucer le vœu suivant : « arroser légèrement les chaussées, *seulement pour empêcher l'émission des poussières* ; ne plus les arroser à la suite d'une petite pluie de peu de durée, et à plus forte raison, à la suite d'une grande pluie, le ciel s'étant chargé de la besogne ; ne plus employer les rouleaux balayeurs que dans ce dernier cas, malgré la défectuosité de leur fonctionnement, puisqu'on n'a rien de mieux. »

A. PUJOL.

UROLOGIE CLINIQUE

Recherche et dosage du glucose dans l'urine. — Méthode basée sur la déviation du plan de polarisation de la lumière (1) ;

Par L. **DEVAL**, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

1. Cette méthode est une application des phénomènes de polarisation rotatoire. Un faisceau de lumière naturelle ayant traversé un *polariseur* (nicol, prisme de Foucault,...) en sort polarisé rectilignement. Le faisceau ainsi modifié traversant un *analyseur* (nicol,..) sera éteint quand les plans de vibrations dans les deux nicols seront perpendiculaires.

Dans un pareil système à l'extinction, si l'on interpose entre les deux nicols, sur le trajet du faisceau lumineux, certaines substances (quartz, solution sucrée..), la lumière reparaît ; l'extinction peut être obtenue de nouveau en faisant tourner l'analyseur d'un certain angle ; cet angle est celui dont a été dévié le plan de polarisation du faisceau issu du polariseur. Les substances présentant ce phénomène de *polarisation rotatoire* sont dites actives, ou possédant le pouvoir rotatoire ; elles exercent

(1) Dans un précédent article (*Progrès médical* du 16 janvier 1909) ont été examinées les *méthodes basées sur les propriétés réductrices du glucose*.

leur action en faisant tourner le plan de polarisation à droite (substances dextrogyres) ou à gauche (substances lévogyres).

Les corps actifs sont des solides amorphes ou cristallisés dans différents systèmes, des liquides, des solutions, des gaz. L'activité peut dépendre de la forme cristalline (hémiédrie droite ou gauche) dans les corps cristallisés, ou de la structure moléculaire (carbone asymétrique) dans les autres cas.

L'étude des phénomènes de polarisation rotatoire a permis de constater qu'un grand nombre de substances organiques en solution jouissent d'activité optique, les albuminoïdes et les matières sucrées par exemple. L'application de la polarimétrie aux analyses de liquides sucrés porte le nom de saccharimétrie.

2. *Appareils.* — Les appareils employés (polarimètres, saccharimètres, polaristrobomètres) se composent essentiellement de deux nicols (polariseur et analyseur) auxquels on adjoint des pièces différentes suivant les constructeurs.

Le *saccharimètre Soleil* présente une lame biquartz derrière le polariseur pour augmenter la sensibilité ; puis un compensateur placé devant l'analyseur. Ce compensateur, formé de trois prismes de quartz, dont deux mobiles, a une épaisseur variable ; il permet d'annuler par une déviation contraire la rotation propre à la substance examinée. Le compensateur est accompagné d'un vernier qui se déplace devant une graduation indiquant l'épaisseur de quartz de la lame variable ou l'équivalent en sucre.

Dans le *polaristrobomètre*, c'est le polariseur qui est mobile ; l'analyseur constitue avec une double lame de quartz un polariscope de Savart donnant naissance à des franges qui disparaissent dans la partie centrale quand l'appareil est au zéro. L'interposition d'une substance active fait reparaître les franges centrales ; la rotation du polariseur (mesurée sur un limbe gradué) les fait disparaître de nouveau.

Le *saccharimètre à franges* présente à la suite du polariseur un polariscope de Sénarmont, puis un compensateur et un analyseur. Au zéro, l'observateur aperçoit un cercle éclairé traversé par une frange obscure coïncidant avec le diamètre vertical. Un corps actif droit interposé déplace la frange parallèlement à sa direction première : à droite dans le demi-cercle supérieur, à gauche dans le demi-cercle inférieur. La manœuvre du compensateur permet d'obtenir de nouveau la coïncidence. Une échelle divisée indique l'épaisseur de quartz nécessaire pour arriver à ce résultat.

L'appareil le plus employé est le *polarimètre à pénombre* de Laurent. La lumière monochromatique du sodium traverse un système de lentilles rendant les rayons parallèles, une cuve de bichromate pour éliminer les rayons verts, bleus ou violets, puis un polariseur et un demidisque de quartz demi-onde ; ces différentes pièces sont placées dans une monture métallique, séparée par un espace vide où l'on peut introduire un tube de 22 cm. (en général), d'une deuxième monture comprenant l'analyseur (nicol coupé) avec un limbe gradué, un vernier et une lunette de Galilée.

Au zéro, l'extinction n'est pas complète, l'observateur aperçoit un cercle divisé par un diamètre vertical en deux plages présentant égalité de pénombre. Cette égalité disparaît quand on interpose entre l'analyseur et le quartz demi-onde une substance active. On rétablit l'égalité de pénombre en faisant tourner l'analyseur au moyen d'une vis qui se déplace sur un cercle gradué en entraînant un vernier dont on fait la lecture à l'aide d'une loupe. Il existe deux graduations, l'une en degrés d'arc, l'autre en degrés saccharimétriques.

3. *Manipulation* (*Polarimètre à pénombre*). — a) *Réglage.* La source lumineuse sera un brûleur à chlorure de sodium ; le sel fondu devra être placé dans la flamme un peu en avant de la partie centrale. On se placera dans une chambre peu éclairée ou mieux obscure.

L'axe optique de l'appareil étant dirigé vers la partie la plus brillante de la flamme, on mettra en place le tube de 2 décimètres plein d'eau distillée. On fera coïncider le zéro du vernier avec le zéro de la graduation, on mettra au point la lunette de Galilée de façon que l'image du bord de la lame demi-onde (diamètre vertical du champ) ait le maximum de netteté. Les deux plages à droite et à gauche devront avoir même intensité. Inversement, l'analyseur ayant été déplacé, on reviendra à l'égalité de pénombre en manœuvrant la vis à pignon et l'on devra retrouver les zéros en coïncidence. S'il était nécessaire, on emploierait une vis de rappel placée en avant du limbe pour rétablir l'égalité de pénombre, les zéros étant en coïncidence.

b) *Remplissage du tube et examen.* Le liquide à examiner, urine par exemple, devra être déféqué. La défécation a pour but d'éliminer les autres substances actives ; elle peut s'effectuer avec l'acétate neutre de plomb ou mieux avec le nitrate acide de mercure. On enlèvera l'excès de plomb ou de mercure quand on emploiera un tube métallique ; avec les tubes doublés de verre cette précaution est inutile. Le liquide déféqué sera incolore ; une légère teinte jaune ne s'opposera pas à la lecture, mais il est absolument indispensable que la limpidité soit parfaite. Les fibres détachées de la paroi des filtres sont déjà gênantes, mais la lecture devient impossible avec le plus léger trouble.

Les tubes employés habituellement sont cylindriques, la section intérieure est de 1 cmq. environ, la longueur : 1 - 2 - 2,2 - ou 5 dm ; les plus usités sont ceux de 2 et 2,2 dm.

Ces tubes sont fermés aux deux extrémités par des disques de verre à faces parallèles maintenus par des montures à vis ou à baïonnette.

La paroi intérieure doit être bien sèche pour éviter la formation de stries dues au mélange de liquides de densités différentes. On ferme une des extrémités et on verse doucement dans le tube maintenu vertical l'urine déféquée, en évitant de faire mousser ; on laisse déborder un ménisque convexe de 2 ou 3 mm. de hauteur, le deuxième disque est tenu horizontalement entre le pouce et l'index, on le fait glisser sur l'extrémité du tube de manière à refouler le liquide en excès sans introduire de bulles d'air. Le disque est alors fixé avec la deuxième monture. Le tube ainsi préparé est mis en place.

Si l'urine renferme du glucose, la plage de gauche paraîtra plus sombre que celle de droite. On fera tourner l'analyseur vers la droite jusqu'à rétablir l'égalité de pénombre.

c) *Lecture.* La loupe doit être placée de telle sorte que le zéro du vernier se trouve au milieu du champ. On lit alors la position du zéro du vernier par rapport à la graduation du limbe, ce zéro ne coïncide généralement pas avec une division.

Supposons que dans la graduation saccharimétrique le zéro se trouve à droite entre la 11e et la 12e division, on notera $+ 11^{S}$. Pour évaluer la fraction que l'on doit ajouter, le vernier étant au dixième, on cherchera parmi les *divisions du vernier*, dans le sens de la déviation (à droite du zéro dans notre exemple) celle de ces divisions qui coïncide exactement avec une division du limbe. Supposons que la 7e division du vernier (à droite du zéro) coïncide

avec une division du limbe, le chiffre 7 qui indique la place de cette division donne le nombre de dixièmes de degrés saccharimétriques à ajouter au nombre entier : la déviation sera donc 11 $^{\delta}$ 7. Il peut arriver que l'on n'observe pas de coïncidence, on cherchera alors (toujours dans le sens de la déviation) quelles sont les deux divisions consécutives du vernier qui se trouvent comprises entre deux divisions consécutives de la graduation du limbe. Supposons que la 7e et la 8e divisions du vernier soient dans ces conditions, on prendra la moyenne arithmétique et la déviation sera 11 $^{\delta}$ 75.

La lecture des degrés d'arcs s'effectue de la même manière en remarquant que les divisions les plus petites sont des demi-degrés et que le vernier est au dixième également. Chaque division du vernier correspond donc à $\frac{\text{un demi-degré}}{10}$ c'est-à-dire à 3 minutes. Certains verniers sont au quinzième, leurs divisions correspondent chacune à 2 minutes.

d) *Calcul.* Le calcul ne s'effectuera pas sur une seule lecture, mais sur la moyenne de plusieurs opérations faites en retournant le tube et en le faisant rouler autour de son axe pour corriger le défaut de parallélisme qui peut exister entre les deux disques.

La valeur obtenue pour la rotation, exprimée en degrés saccharimétriques, sera multipliée par le coefficient saccharimétrique du sucre dosé (2,065 pour la glucose) le produit donnera immédiatement la quantité de sucre par litre.

Exemple : 11 $^{\delta}$ 75 correspondent à une solution contenant $11{,}75 \times 2{,}065 = 24$ gr. 26375 de glucose par litre. On tiendra compte ensuite de la dilution s'il y a lieu. Si la dilution a été faite au 1/10 l'emploi d'un tube de 2 ^{dm} 2 évitera un calcul.

Si la rotation a été calculée en degrés d'arcs, on appliquera la formule $\alpha_D = \frac{A\ V}{l\,p}$ dans laquelle α_D est le pouvoir rotatoire spécifique du sucre pour la raie D du sodium ($\lambda = 5900$) — ce pouvoir rotatoire est la déviation produite par une solution renfermant 1 gr. de substance dans 1 cm^3 de solution examinée dans un tube de 1 décimètre.

Pour le glucose anhydre, $\alpha_D = +\ 52°74$.

Le facteur A est la déviation exprimée en degrés d'arc quand on examine dans un tube de l décimètres une solution contenant p grammes de substance active dans V cm^3.

De cette formule on tire $p = \frac{A\ V}{\alpha_D\ l}$; on aura soin avant d'effectuer les calculs de transformer en dixièmes de degré les minutes qui peuvent se trouver dans l'expression de A. On tiendra compte également de la dilution s'il y a lieu ; si la dilution a été faite au 1/10, on évitera un calcul en employant un tube de 2 ^{dm} 2.

4. *Observations.* L'examen polarimétrique de l'urine ne permet pas de conclure d'une façon rigoureuse à la présence ou à l'absence d'un sucre. La défécation élimine cependant la plupart des substances actives, et pratiquement un résultat positif au polarimètre est une forte présomption en faveur d'une glucosurie. Mais la méthode optique est moins sensible que la méthode de réduction. Il faut une très grande habitude pour faire une lecture à 1/10 de degré saccharimétrique près. Quand la défécation a été parfaite, on ne peut donc déceler que 0 gr. 20 au maximum. L'emploi des liqueurs cuproalcalines permet une plus grande précision.

Après avoir étudié les méthodes basées sur la formation de phénylosazones et sur la fermentation alcoolique, nous indiquerons comment on peut, en combinant plusieurs méthodes, arriver au diagnostic absolument certain des sucres urinaires.

REVUE DES JOURNAUX

Le meilleur éclairage artificiel pour le travail de près. — Le Dr Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux, a publié, dans le *Journal de médecine interne*, un intéressant article sur les effets nocifs de l'éclairage trop intensif sur la rétine.

Le travail prolongé avec l'éclairage d'un foyer lumineux trop intense comme les becs à incandescence et la lumière électrique produit sur les yeux des phénomènes d'éblouissements, d'érythropsie, de photophobie et même d'abolition passagère de la vision. Or ces accidents doivent être rapportés à l'action nocive sur l'œil des rayons ultra-violets. D'après leur richesse en rayons ultra-violets, on peut diviser en trois classes les différentes variétés de lumières artificielles :

Une première, très pauvre en rayons actiniques, la bougie et la lampe à huile ;

Une seconde, relativement pauvre, le pétrole et le gaz (les manchons à incandescence exceptés) ;

Enfin la troisième classe, représentée par toutes les variétés de lampes à incandescence, à acétylène, électriques, la proportion de rayons actiniques augmentant progressivement de la lampe à fil à la lampe à arc pour atteindre son maximum avec cette dernière et avec la lampe mercurique.

L'action nocive des rayons ultra-violets sur l'œil étant bien établie, il est évident que la meilleure lumière au point de vue de l'hygiène de l'œil et de la conservation de l'organe est celle qui en contient le moins. Aussi, la lumière de la bougie mise à part, du fait de son insuffisance et de l'absence de fixité, ce seraient l'huile et le pétrole qui devraient être employés de préférence. Mais les quelques inconvénients inhérents à leur emploi ne permettent guère de les opposer aux éclairages modernes de jour en jour plus perfectionnés et ne nécessitant aucun entretien. L'éclairage par les manchons à incandescence et l'éclairage électrique étant aujourd'hui les seuls à peu près exclusivement employés, il convient donc de rechercher le moyen d'arrêter les rayons ultra-violets qu'ils contiennent et de les rendre par là même inoffensifs pour l'œil.

Or, ce moyen, le voici :

Toutes les ampoules électriques devraient donc présenter une teinte jaune légère et chez les sujets dont l'organe visuel est particulièrement sensible, on pourra renforcer l'action des verres jaunes par des verres teintés faibles de même couleur montés en pince-nez ou en lunettes.

Babinski. — **Craniectomie dans un cas de tumeur cérébelleuse.** — Chez un homme atteint de titubation les jambes écartées et de tremblement dus à l'asynergie cérébelleuse, c'est-à-dire au trouble dans l'association des mouvements, M. Babinski affirme qu'il existe une lésion du cervelet, portant sur le côté gauche, puisque ces troubles se produisent du même côté que la lésion. Si l'on recherche les antécédents, on voit ce diagnostic confirmé par tous les accidents qui se sont montrés antérieurement. Il y a deux ans, en effet, ce malade présentait non seulement ces troubles de la motilité au plus haut point, mais tout le syndrome cérébelleux au complet. Il avait des douleurs de tête très violentes localisées à la partie postérieure, des vomissements, une stase papillaire très marquée et aussi des troubles psychiques dont il a perdu le souvenir, avec idées délirantes et excitation violente.

Le diagnostic de tumeur cérébelleuse fut posé ; une ponction lombaire fut faite sans résultat et tous les moyens médicaux utilisés sans succès. M. Babinski se décida alors à une intervention chirurgicale, intervention dont il a vu très souvent l'utilité, alors même qu'on ne trouve pas le néoplasme. Il semble que la décompression produite par l'opération soit suffisante. On supprime ainsi l'œdème qui cause les douleurs et on arrête la névrite œdémateuse de la rétine. C'est ce qui arriva chez ce malade, chez lequel M. Gosset pratiqua la craniectomie.

On ne trouva pas de tumeur, mais depuis, les douleurs ont rétrogradé. En somme, l'amélioralion est si considérable qu'on peut espérer qu'à un moment donné cet homme, absolument condamné il y a deux ans, pourra se livrer un jour à un travail utile.

Ce cas est donc très instructif et montre, ainsi que bon nombre d'observations que M. Babinski a pu réunir dans sa pratique personnelle, qu'il y a toute utilité à ne pas abandonner les malades et à faire chez eux une tentative chirurgicale. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1909, p. 252.)

Emploi de la lécithine pour retarder les règles. (*Semaine méd.*, 7 avril.) — Dans certaines affections, comme la chlorose, la tuberculose au début, etc., il arrive souvent que des menstruations trop fréquentes augmentent l'anémie et diminuent par suite la résistance des malades. En pareille occurence, il y a grand intérêt à retarder l'apparition des règles ; dans le début j'ai administré la lécithine à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. répétée trois fois par jour, et j'ai pu de la sorte changer le type des menstrues. Le traitement doit être institué au cours de la période intercalaire et continué pendant dix à quinze jours ; on en constate les bons effets dès les premières époques.

C'est ainsi que chez une malade qui avait ses règles tous les quinze jours, j'ai obtenu d'abord un retard d'une semaine, puis un autre retard d'égale durée, de telle sorte que le type bimensuel s'est changé en celui de trois semaines pour devenir finalement mensuel. Cette amélioration persiste telle depuis quinze mois, sauf pour les deux dernières époques qui au lieu d'arriver le vingt-huitième jour sont apparues le vingt-cinquième.

On peut aussi, lorsque la menstruation est régulière mais trop abondante, obtenir qu'elle ne survienne qu'une ou deux semaines plus tard : chez une jeune fille de quinze ans ainsi réglée, la lécithine administrée à la dose de 0 gr. 20 centigr. par jour pendant une dizaine de jours a procuré deux fois déjà un retard de deux semaines.

Il va sans dire que le retard n'est pas toujours aussi long qu'on le voudrait : à preuve que chez une fibromateuse qui avait ses règles tous les quinze jours je n'ai pu gagner qu'une semaine. Enfin, j'ai noté un échec absolu dans un cas de chloro-anémie grave, bien que la médication eût été continuée longtemps.

C'est le seul insuccès sur un total de 20 malades ; de ce nombre il y a lieu d'en retrancher 12 chez lesquelles les troubles menstruels étaient de date trop récente. Restent 8 patientes dont 1 est améliorée depuis quinze mois, 1 depuis dix mois, 1 depuis six mois, 2 depuis cinq mois et 2 depuis trois mois. La huitième, qui depuis l'âge de quinze ans avait ses règles tous les quinze jours, a bien vu après quelques jours de traitement les époques retarder cette fois-là d'une semaine, mais comme elle s'est refusée à le continuer, le type bimensuel est revenu le mois suivant. A cela rien d'étonnant, car on ne peut espérer obtenir un retard persistant que si la médication est continuée pendant plusieurs périodes intermenstruelles.

L'emploi prolongé de la lécithine n'offre pas, d'ailleurs, le moindre inconvénient ; je n'ai jamais rien observé d'insolite, tout au plus une très légère élévation de température (0°5) pendant quelques jours chez certaines phtisiques, ce qu'on évite facilement si l'on a soin de prescrire à ces malades des doses faibles de lécithine.

Traitement médicamenteux de la maigreur, par PLICQUE. (*Bulletin méd.*, 1909, p. 356.) — Dans le traitement médicamenteux de la maigreur, l'arsenic est de beaucoup le moyen le plus efficace. Mais une règle capitale domine son emploi. Il doit toujours être donné à très faibles doses ; ces doses peuvent, d'ailleurs, être longtemps continuées, à condition d'accorder de temps à autre une période de repos.

En zootechnie, l'utilité de l'arsenic à faible dose, ses inconvénients à doses trop fortes, sont bien connus par les éleveurs. Tant que la limite de saturation médicamenteuse n'est pas atteinte, les animaux augmentent à la fois proportionnellement de volume et de poids. Leurs chairs sont fermes, leur aspect florissant, leur force et leur entrain sont remarquables. Mais, si la dose maniable d'arsenic est dépassée, il y a plutôt bouffissure qu'embonpoint véritable. Le volume augmente encore, mais le poids reste à peu près stationnaire. Les chairs sont flasques ; les animaux sont mal en train et peu résistants.

D'après Schmitt et Brettschneider, ce n'est, d'ailleurs, qu'à dose modérée que l'arsenic a son action de médicament d'épargne. A ces doses, il diminue la proportion d'acide carbonique et d'urée. Cette diminution atteint souvent 20 %. Elle peut même s'élever à 40 %. La diminution des phosphates urinaires est moins accentuée, mais suit cependant une courbe parallèle.

Un autre avantage de ces faibles doses est qu'on peut les donner sans fatiguer l'estomac. Assez souvent même elles semblent plutôt stimuler l'appétit. Cet effet stimulant est toujours à surveiller. Comme pour beaucoup de médicaments apéritifs ou orexiques, il traduit souvent une irritation commençante de la muqueuse stomacale. Cette irritation est particulièrement fréquente avec la liqueur de Fowler, quand on la donne sans qu'elle soit très diluée ou qu'on la donne à jeun.

Les granules de Dioscoride et surtout les solutions d'arséniate de soude sont mieux tolérées. Mais il faut encore avoir soin de les donner aux repas. Chez les sujets à appétit faible et languissant, d'Heilly associait souvent à l'arsenic de la strychnine et du vin de gentiane ou de colombo.

Arséniate de soude..................	10 centigr.
Teinture de noix vomique..........	1 gr.
Teinture de gentiane ou de colombo..	300 gr.

Une cuillerée à café pour une cuillerée à dessert dans de l'eau rougie au début des deux principaux repas. L'association de l'arsenic aux hyperphosphites, qui est également fort utile, sera étudiée plus loin.

La médication phosphatée est moins efficace contre la maigreur que la médication arsenicale. Elle peut cependant être utile, en particulier dans les périodes de repos par l'arsenic. Toutes les préparations phosphatées ont leur utilité ordinaire comme moyens de reminéralisation. Mais les hypophosphites paraissent avoir l'action la plus directe. Au moins, à doses faibles, ils diminuent les oxydations organiques tout en maintenant une sensation de bien-être et d'entrain. On débutera par 0 gr. 50 par jour, et l'on dépassera rarement 1 gr. On peut prescrire le sirop d'hypophosphite de soude du Codex, renfermant 0 gr. 20 par cuillerée à bouche. Mais il est souvent commode de donner une solution plus concentrée. On formulera par exemple :

Hypophosphite de soude..........	3 grammes.
Eau..................................	120 —

Une cuillerée à bouche (soit 0 gr. 50) dans du lait ou dans de l'eau, au moment des repas. De temps à autre, on interrompra le médicament pour quelques jours. Cette interruption est particulièrement nécessaire chez la femme, à l'approche des règles. Les effets congestifs de l'hypophosphite doivent toujours être surveillés.

Les glycérophosphates ont pour principal avantage d'être d'un emploi facile en injections sous-cutanées. Une dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, soit 1 à 2 cc. de la solution usuelle à 5 gr. de glycérophosphate, pour 20 cc. d'eau, est, en général, suffisante.

La lécithine peut aussi être donnée en injections hypodermiques. C'est même sous cette forme qu'elle semble avoir le maximum d'action. La lécithine semble plutôt agir à la façon d'un ferment qu'à la façon d'un médicament chimique. De fortes doses données par la voie stomacale restent à peu près inefficaces. Au contraire, des doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour, administrées en injections hypodermiques, se montrent souvent très utiles. On doit, pour la lécithine, employer les solutions huileuses (0 gr. 25 de lécithine pour 5 cc. d'huile d'olives stérilisée). Mais il est important que la stérilisation soit faite à l'avance. La lécithine doit être dissoute dans l'huile à peine tiède, au-dessous de 40 degrés, car l'effet de la chaleur diminuerait beaucoup son action.

Comment il faut faire un nœud; par Alphonse HUGUIER. (*Tribune médicale*, 1909, p. 104). — Comment s'y prendre pour faire un nœud droit, un nœud d'aplomb, solide, qui donne toute sécurité ? la chose, pour être l'A B C. de la chirurgie, n'en a pas moins une importance capitale. Un fil même très fin noué droit ne casse pas, la ligature tient bon, ne lâche pas. Au contraire quand on fait le nœud « de travers, de vache », le fil casse sou-

vent au moment où on le serre, la ligature n'est pas solide et peut déraper (1).

Gare pour le malade si on a noué le fil de mauvaise façon autour d'un gros pédicule vasculaire ou d'un paquet d'épiploon.

Supposons qu'on veuille faire un nœud autour d'un bâton avec une ficelle moitié noire, moitié blanche.

1er *temps*.— La ficelle est passée sous le bâton, la main gauche tient le bout noir, la main droite le bout blanc (Fig.I)

2e *temps*.— Par-dessus le bâton, on croise les chefs de la ficelle et on les change de main ; la main gauche saisit le chef blanc, la droite, le chef noir. Dans ce temps, le chef blanc (qui était à droite) peut passer pour gagner le côté gauche soit au-dessus, soit au-dessous du chef noir. Supposons que nous le fassions passer *au-dessus* ainsi que le représente notre schéma (Fig.II).

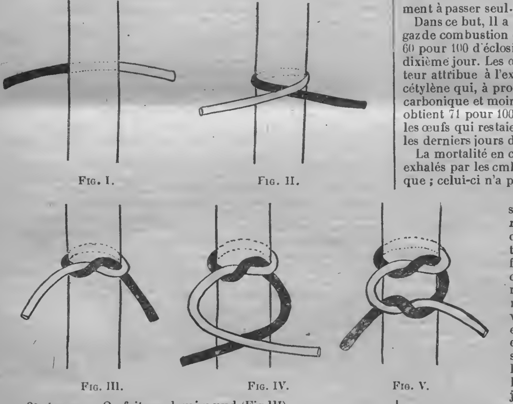


Fig. I. Fig. II. Fig. III. Fig. IV. Fig. V.

3e *temps*.— On fait un demi-nœud (Fig.III).

4e *temps*.— On croise à nouveau les chefs et on les change de main en ayant soin de faire passer le chef noir (qui était à droite) *au-dessous* du blanc (Fig.IV).

5e *temps*.— Faire le deuxième demi-nœud (Fig.V) et le serrer pour achever le nœud droit.

Si au 2e temps, on avait fait passer le chef blanc (de droite) *au-dessous* du chef noir, il faudrait pour obtenir le nœud droit, faire au 4e temps passer le chef noir (de droite) *au-dessus* du blanc.

En résumé le « truc » pour réussir un nœud droit est de faire passer le chef de droite *au-dessus* du chef opposé pendant le 2e temps, *au-dessous* pendant le 4e ou inversement, mais jamais les deux fois dans le même sens. Si l'on considère, le mouvement des mains et non plus les chefs du fil, on peut dire encore que la main qui était *antérieure* pendant le premier croisement des chefs du fil, doit être *postérieure* pendant le deuxième. Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 avril 1907

Sur l'abaissement énergique du diaphragme.— *M. A. Thooris.* — Les physiologistes ont établi que le diaphragme, dans la respiration normale, se crée à lui-même la résistance abdominale qui lui est nécessaire pour appuyer son action. Dans le mode de respiration par abaissement énergique du diaphragme, la paroi abdominale agit primitivement par l'intervention spontanée et intensive de son système musculaire qui va au-devant du diaphragme pour en provoquer énergiquement la descente, comme le montrent la radioscopie et la méthode graphique.

Pratiquement, cette notion de l'influence de la rétraction abdominale intensive sur la descente énergique du diaphragme a servi à l'auteur à transformer fonctionnellement, en moins de trois semaines, des hommes inaptes à supporter les fatigues du service.

Innocuité relative de l'acide carbonique dans les couveuses artificielles. — M. *Lourdel*, en expérimentant une nouvelle couveuse dans laquelle les œufs sont exposés au courant d'air chaud d'un calorifère, a étudié ce qui arriverait si les gaz de combustion venaient accidentellement à souiller l'air destiné normalement à passer seul.

Dans ce but, Il a dirigé dans la chambre d'incubation tous les gaz de combustion des brûleurs Bunsen et a obtenu néanmoins 60 pour 100 d'éclosions sur les œufs reconnus bons au mirage le dixième jour. Les œufs qui restaient étaient pourris, ce que l'auteur attribue à l'excès de vapeur d'eau, car en substituant l'acétylène qui, à production égale de chaleur, dégage plus d'acide carbonique et moins de vapeur d'eau que le gaz d'éclairage, il obtient 71 pour 100 d'éclosions, et cette fois pas d'œufs pourris; les œufs qui restaient contenaient des poussins morts pendant les derniers jours de l'incubation.

La mortalité en coquille est plutôt due aux poisons volatils exhalés par les embryons en même temps que l'acide carbonique ; celui-ci n'a par lui-même qu'une nocivité très faible.

La congestion passive du foie et l'hypertension artérielle. — ***MM. E. Doumer et G. Lemoine.*** — Parmi les malades qui présentent de l'hypertension artérielle, il en est un certain nombre dont le foie est hypertrophié, fait qu'on explique par une action directe des causes de l'hypertension et de l'artério-sclérose sur la glande hépatique. Chez quelques malades, les auteurs ont constaté que le volume du foie semblait lié à l'hypertension et dépendre exclusivement d'elle, car au fur et à mesure que cette dernière diminuait sous l'influence de la d'arsonvalisation, le volume du foie diminuait aussi; les congestions hépatiques des hypertendus seraient donc justiciables de la thérapeutique hypotensive.

Mme Phisalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1909.

Association de la sporotrichose et de la tuberculose. — MM. ***Achard*** et ***Ramond.*** — Le malade présenté porte au cou des adénites multiples avec fistules. Le pus a donné des cultures de sporotrichose, la réaction de fixation est positive, la sporo-agglutination a été presque nulle. Le traitement ioduré a ramolli une des tumeurs, dont le pus ne contenait pas de sporotrichose, mais donnait la tuberculose au cobaye. La question se pose si les deux infections sont contemporaines ou si l'une est surajoutée à l'autre. Les auteurs tendent admettre que la tuberculose était la première en date et que la sporotrichose n'est que superficielle et n'a pas envahi les tissus, ce qui expliquerait l'insuccès du traitement ioduré. Un essai de traitement sérothérapique n'a pas donné de résultats. L'association des deux infections est importante à connaître au point de vue du diagnostic.

Sporotrichose à forme mixte chez un diabétique. — MM. ***Trémolières*** et ***Du Castel*** présentent une malade diabétique, avec lésions sporotrichosiques multiples à forme mixte : pustules papulo-croûteuses, nodosités, gommes ramollies, ulcérations tuberculoïdes, cordon lymphangitique moniliforme. Le diagnostic, difficile avec la syphilis, l'acné iodique, la tuberculose, est possible par la sporo-agglutination. Terrain et facilité d'infection par la manipulation de légumes souillés se trouvent réunis chez cette malade.

(1) Les clichés de ces figures nous ont été prêtés par La *Tribune Médicale*, à laquelle nous adressons tous nos remerciements. N D L D.

Apoplexies laryngées au cours de la cirrhose hépatique. — MM. *Debove* et *Trémolières* présentent une femme cirrhotique, qui fit des hémorrhagies multiples et notamment du larynx. Le début des hémorrhagies laryngées était brusque et ne s'accompagnait d'aucune réaction inflammatoire. Lorsqu'il y a ascite on pourrait penser à la tuberculose. L'inspection du larynx et la ponction permettent cependant de poser le vrai diagnostic.

Acrocyanose et syndrome de Stokes-Adams au cours d'un tabès fruste. — MM. *Guillain* et *Troisier* présentent un malade, affecté de cyanose des extrémités, de bradycardie permanente et de crises syncopales. L'inégalité pupillaire d'Argyll, l abolition des réflexes rotulien et achilléen, la lymphocytose rachidienne, permettent le diagnostic de tabès et de se demander si la syphilis n'est pas en cause.

Reproduction de certaines dermatoses de la série des érythèmes par l'injection intradermique de tuberculine et de divers sérums. — MM. *Thibierge* et *Gastinel* ont obtenu par la tuberculine chez des malades affectés d'érythèmes et sans lésions tuberculeuses viscérales décelables, des réactions locales semblables aux lésions cutanées préexistantes (érythème polymorphe exsudatif vésiculeux, érythème papuleux, urticaire). La ressemblance était parfaite. Le sérum antidiphtérique, antitétanique, physiologique, ont donné les mêmes résultats. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de la valeur diagnostique de l'intradermoréaction à la tuberculine. Les réactions cutanées peuvent donc, chez certains malades d'une réactivité cutanée spéciale, dépendre d'autres conditions que de l'infection tuberculeuse.

M. *Carnot* a pu, chez un malade atteint d'érythème nerveux, reproduire l'érythème dans les régions primitivement atteintes par l'injection de tuberculine.

Pseudo-pelade et lèpre autochtone. — M. *Milian* a montré déjà l'existence de la pseudo-pelade chez deux fils de lépreux autochtone habitant le Cantal, qui ne présentaient, à un examen objectif superficiel, aucun stigmate notable de lèpre. Une lépreuse avérée, sœur des deux précédents, présentait également une atrophie du cuir chevelu, identique à la pseudo-pelade.

M. Milian montre aujourd'hui un homme de 50 ans, né à Laguiole, village de l'Aveyron, situé à quelques kilomètres du département du Cantal, et faisant partie de la région du massif du Plateau Central, en pleine Auvergne. Cet homme n'a jamais quitté la France ; il est venu consulter à l'hôpital pour de la phtiriase, mais il est atteint de pseudo-pelade typique.

Cette pseudo-pelade existe depuis quinze ans et ne présente à son niveau aucun trouble de la sensibilité. A l'examen objectif, cet homme ne présente rien d'anormal et paraît bien constitué, mais il raconte qu'en même temps que sa maladie du cuir chevelu, il s'est développé, à la face de la cuisse droite, une plaque d'engourdissement « où la peau est comme morte. » On trouve, en effet, à ce niveau, dans le territoire du fémoro-cutané sur une étendue de deux paumes de main, une anesthésie complète à la piqûre. Il n'y a pas de modifications de la peau au niveau de cette plaque anesthésique. Cliniquement, il est difficile d'attribuer cet ensemble de symptômes et de coïncidences géographiques à autre chose qu'à une lèpre fruste.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1909.

Anesthésie locale par la cocaïne dans les réductions de fractures et de luxations. — M. *Quénu*. — J'ai déjà fait une communication sur ce sujet. Les cas que je présentais n'étaient pas encore très fréquents. Depuis, j'ai employé cette méthode dans la réduction des luxations : luxation du pouce, du coude, de l'épaule, de la hanche. En tout, 7 cas.

Dans tous les cas, la luxation a été réduite aisément et sans douleur. La contracture musculaire disparaît complètement. Evidemment, ces luxations sont souvent faciles à réduire sans anesthésie. Mais les malades ne souffrent pas et c'est un point important. Grâce à cela, l'exploration des malades est facile.

Je crois que l'injection est facile à faire. Elle doit être faite dans l'articulation même et au niveau des insertions des muscles périphériques. Les doses à employer ne sont jamais bien considérables. (Solution à 1/200, 3 à 4 gr.)

Le danger est nul si on nettoie bien le malade et si on est sûr de sa solution. Je n'ai jamais observé aucune espèce d'accidents.

J'ai employé aussi ce procédé dans un très grand nombre de fractures depuis ma dernière communication et je n'ai jamais eu à le regretter.

M. *Guinard*. — J'ai employé cette méthode d'anesthésie plusieurs fois, en particulier dans les fractures de Dupuytren. Je n'ai jamais eu d'accidents. Aussi, je crois cette méthode excellente à condition que toutes les précautions d'asepsie soient prises.

Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse. — M. *Poncet* présente l'observation d'un malade vu par M. le Dr Bertrand. Ce malade a eu antérieurement une pleurésie, puis un mal de Pott avec sciatique double. En 1903, il eut un peu de gêne des mouvements de l'annulaire — et une orchi-épididymite double.

Actuellement, ce malade présente une double rétraction typique de l'aponévrose palmaire. L'état général est bon.

Ce fait, caractéristique, n'est pas unique, car j'en ai déjà observé plusieurs cas.

M. *Legueu*. — J'ai vu dans mon service un jeune homme de 17 ou 18 ans, atteint de pied plat typique et caractéristique. Je l'ai traité par les méthodes habituelles en pareil cas. Finalement, je lui fis une opération d'Ogston. Je ne trouvais aucune lésion apparente des articulations. Il était, je dois le dire, de souche tuberculeuse.

On fit 7 inoculations. L'une fut positive. On reprit alors les os et dans ces os on finit par découvrir des cellules géantes ; à part l'absence des bacilles, elles sont semblables à celles de lésions bacillaires typiques.

M. *Poncet*. — Le cas observé par M. Legueu est absolument superposable à ceux que j'ai pu moi-même observer.

M. *Quénu*. — Je ne crois pas qu'il faille considérer ce cas comme appartenant à la tuberculose dite inflammatoire de M. Poncet. En effet, cette tuberculose inflammatoire ne présente, suivant ses déclarations, aucun caractère spécifique ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue bactériologique. Or ici, les lésions, si elles paraissaient banales au premier abord, se sont révélées spécifiques à un examen plus attentif.

M. *Tuffier*. — Le cas signalé par M. Legueu ne doit pas être considéré comme un pied plat vrai. La persistance de la contracture malgré le repos au lit eût déjà pu faire penser à la tuberculose. Nous sommes en présence d'un pied plat tuberculeux banal.

M. *Broca*. — Quand dans un pied plat valgus douloureux on trouve à un moment donné des lésions tuberculeuses, c'est qu'on a fait une erreur de diagnostic, erreur assez fréquente d'ailleurs.

M. *Poncet*. — J'ai dit, en effet, que les lésions en pareil cas pouvaient relever de la tuberculose sans avoir aucune caractéristique anatomo-pathologique ou bactériologique. Mais entre ces cas et ceux qui sont nettement tuberculeux on peut observer toute une série d'intermédiaires qui complètent le cadre pathologique.

Présentation de malades. — M. *Morestin* présente :

1° Un malade qu'il a opéré d'un kyste de la région sus-hyoïdienne latérale se prolongeant vers la ligne médiane et le plancher de la bouche. C'était un kyste mucoïde congénital ;

2° Une malade opérée d'une tumeur de la région parotidienne qu'il croyait développée aux dépens de la glande même, mais qui était en réalité une tumeur sous-parotidienne de l'espace maxillo-pharyngien.

M. *Savariaud* présente un malade qu'il a traité pour une fracture de cuisse à l'aide d'un appareil de marche. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 19 avril 1909. — Présidence de M. Magnan.

Compte rendu analytique.

Confusion mentale consécutive à un traumatisme chez un jeune homme de 20 ans. Présentation de malade. — M. *Pactet* présente un jeune malade, âgé de 20 ans, qui, dans une chute

d'une d'une dizaine de mètres de hauteur, a subi, entre autres traumatismes graves, un traumatisme cranien qui s'est accompagné de perte de connaissance. Six mois plus tard, ce jeune homme présentait un état de confusion mentale avec excitation, qui persiste depuis bientôt quatre mois, sans modification.

L'intérêt de ce cas réside dans la relation de causalité qu'on ne peut manquer d'établir entre le traumatisme cranien et le développement des troubles mentaux et dans la difficulté de porter avec certitude un pronostic précis. Le malade se trouve, en effet, dans la période de la puberté, où le système nerveux offre une vulnérabilité particulière et l'on peut craindre que le désordre intellectuel, dont le traumatisme a été la cause déterminante, passe à la chronicité et que l'affection évolue dans le sens de la démence précoce.

M. *Marie.* — Je rappellerai à propos du cas de M. Pactet celui d'un malade que j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux en 1906. Traumatisé par un coup de barre de fer sur le crâne, il fut trépané dans le service de M. Berger. et parut guéri au point de partir en Amérique dans une entreprise de travaux.

Dix mois après, il revint rapatrié dans un état de confusion mentale qui l'amena directement à l'asile où cet état devenu chronique n'a fait que s'accentuer.

C'est actuellement un dément incurable après treize ans d'internement.

Astasie-abasie d'origine délirante ou simulée. Présentation de malade. — M. *Truelle* montre à la Société une malade de 74 ans présentant des troubles incoordonnés de la marche et de la station debout qu'on ne peut cliniquement rattacher à aucune lésion définie du système nerveux. Par leur étrangeté, les circonstances dans lesquelles ils se produisent ou disparaissent, on doit songer à une simulation possible. A une analyse détaillée, il semble qu'on puisse les rattacher à un système atténué d'idées de négation et d'incapacité, s'accompagnant d'un état émotionnel quasi-phobique.

Ces phénomènes mentaux eux-mêmes, compliqués de troubles de la mémoire et de de défaut de synthèse mentale, s'accompagnent d'hyperesthésies diverses dont l'appréciation est rendue difficile par la présence des idées de négation. Tentative de subordination réciproque des différents symptômes observés.

Paralysie générale amaurotique. Présentation de malade. — M. *Trénel* expose que si la fréquence des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale est très variable d'après les données des divers observateurs, l'amaurose est particulièrement rare. Dans 3 cas présentés par l'auteur, il ne s'agit pas de *paralysie générale tabétique*, mais de *paralysie générale à symptômes spasmodiques*. Néanmoins, la lésion oculaire est une atrophie optique de forme tabétique. La marche en est rapide, l'amaurose est complète en quelques mois. Au point de vue mental, ce sont des *cas de forme atypique*, de sorte que l'on peut se poser la question si ce sont des paralysies vraies ou des syndromes paralytiques : dans tous les cas, il y eut un état hallucinatoire intense avec hallucinations non seulement visuelles (comme peuvent en avoir les aveugles), mais de tous les sens. L'étude clinique de ces cas et les données anatomo-pathologiques sont encore insuffisantes pour qu'on puisse décrire d'une façon précise une *paralysie générale amaurotique* à mettre en parallèle avec le *tabes amaurotique*.

Un cas de psychose hallucinatoire. Présentation de malade. — M. le Dr *Crinon* montre une malade observée dans le service de M. le Dr Trénel. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la richesse des hallucinations variées qu'on peut déceler (hallucinations auditives, psycho-motrices, cénesthésiques, olfactives, visuelles, graphiques) sans que celles-ci s'accompagnent d'un délire systématisé si faible qu'il soit. L'auteur est amené à poser le diagnostic de psychose hallucinatoire.

M. *Pactet.* — La malade a-t-elle conscience du caractère purement subjectif des troubles sensoriels qu'elle présente ? Dans le cas contraire, on ne peut pas la considérer comme possédant toute son intégrité intellectuelle ; il existe pour le moins chez elle une insuffisance de jugement et cette faiblesse du jugement se retrouve chez tous les délirants persécutés. C'est elle qui domine toute leur psychologie.

M. *A. Marie.* — A propos du sujet présenté par M. Crinon, je demande s'il est bien certain qu'il n'y ait pas eu au début de l'affection et peut-être avant l'entrée à l'asile un épisode aigu de mélancolie post-éthylique ? Le sujet paraît en effet encore angoissé et assiste à un courant de troubles psycho-moteurs et psycho-sensoriels combinés à des spasmes vaso-moteurs comme en présentent beaucoup de déprimés chroniques ébauchant le syndrome de Cotard. La malade a d'ailleurs parlé du vide en elle comme une hypocondriaque négatrice. Les troubles psycho moteurs sont aussi de règle dans les cas de mélancolie chronique de Cotard.

Un cas de dégénérescence mentale avec épilepsie, attaques et vertiges, actes inconscients et fugues, parfois impulsions. — M. *Fillassier* présente un malade de 15 ans, d'une hérédité chargée et nettement dégénéré, qui, dès l'enfance, eut des impulsions, manifesta un caractère irritable, violent, présenta des vertiges, des pertes de connaissance avec aura sensorielle, fugues, mictions.

En proie à une de ses impulsions, le malade lutte vainement, une angoisse l'étreint, la sueur le couvre, il ne tarde pas à succomber ; tout aussitôt une détente se produit, il en éprouve une grande joie.

Parfois il résiste, une idée l'obsède contre laquelle il lutte : qu'un vertige passe et il accomplit l'acte, en grande inconscience, et s'en montre surpris.

L'auteur rappelle l'importance de l'état cérébral qui fait les frais du délire épileptique, l'ictus n'étant que le choc qui produit telle ou telle manifestation selon le terrain sur lequel il frappe.

Le malade qu'il présente lui en semble un saisissant exemple.

Paralysie générale prolongée. Hémiplégie d'origine traumatique. Présentation de pièces. — Le Dr *A. Marie* (de Villejuif) présente le cerveau d'un paralytique avec préparations histologiques à l'appui.

L'affection évolua de façon atypique puisque le malade, atteint de troubles mentaux dès 1885 (insolation au Tonkin) et interné en 1896, ne mourut qu'en 1909, soit après treize ans d'internement. De même que l'évolution, l'aspect clinique du malade différait notablement de la paralysie générale classique. Bien que finalement paralytique général, ce cas correspondrait assez bien à ceux que MM. Magnan et Vallon ont étudiés à propos des pseudo-paralytiques généraux. L'insolation initiale et l'alcoolisme chronique préalable joints à l'absence de réaction de Wassermann militent encore en faveur d'une forme à part de méningo-encéphalite en dehors de la parasyphilis.

M. *Pactet.* — Les faits de ce genre sont intéressants et il faut les faire connaître, car il est encore des médecins qui déclarent que toute paralysie générale qui n'évolue pas en deux ou trois ans au maximum n'est pas en réalité une paralysie générale. J'ai connu cette opinion à propos d'une thèse sur la durée de la paralysie générale faite dans mon service et dont l'auteur avait recueilli des observations de paralytiques généraux, chez qui la maladie était en évolution depuis sept ou huit ans.

Hémiplégie et traumatisme. — Le Dr *A. Marie* (de Villejuif) examine devant la Société l'encéphale d'un malade mort par hémorrhagie du IVe ventricule. Le cerveau présente en outre deux lacunes à droite et un double foyer symétrique surtout marqué à droite dans les zones lenticulaires (art. hémorrhagique de Charcot). L'hémiplégie y coïncida avec un traumatisme par compression entre un mur et un auto-camion (lésion du foie). La compression brusque du thorax peut, avec un état antérieur d'artério-sclérose cérébrale, expliquer le mécanisme d'un traumatisme encéphalique indirect par voie vasculaire.

La coïncidence d'une hémi-anesthésie homologue avec participation du sens auditif combinée à l'hémiplégie et persistante pose la question des rapports de l'hystéro-traumatisme avec les lésions organiques cérébrales associées (cauchemars stéréotypés rappelant l'accident et aphasie intermittente).

Ce cas soulève aussi de délicats problèmes relatifs à la responsabilité en matière d'accidents.

MM. *Colin* et *Pactet* font ressortir l'intérêt qui se dégage de ces faits de traumatisme au point de vue de la médecine des accidents du travail. On a, suivant eux, une tendance fâcheuse à englober sous le nom de sinistrose des phénomènes pathologi-

ques parfois très complexes qui ne sont pas surtout d'ordre psychologique.

Paralysie générale amaurotique. — M. *Trénel* présente le cerveau d'une paralytique générale qui était atteinte d'amauroses. Il insiste sur l'atrophie de l'hémisphère gauche, l'absence d'opalescence le long des vaisseaux et de granulations épendymaires du 4e ventricule. La méningite de la base est beaucoup plus marquée que dans les cas ordinaires de paralysie générale : elle englobe complètement les nerfs optiques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 19 avril 1909.

Eschares pathomimiques provoquées par applioation de potasse du commerce. — MM. *Apert* et *Brac*. - Les auteurs présentent une jeune fille de 14 ans qui porte au niveau de la cuisse et de la jambe gauche des eschares provoquées volontairement par application de potasse du commerce.

Il existe, sur la cuisse gauche, des cicatrices récentes d'ouverture d'abcès provoqués également volontairement ; au-devant de la cuisse droite, existe une large cicatrice ancienne due également à une application de potasse.

Sur les membres inférieurs, le bras gauche, la région mastoïdienne gauche, de larges cicatrices, soit arrondies, soit linéaires et chéloïdiennes, ont les mêmes caractères que les précédentes, mais on ne peut savoir si ces lésions sont également artificielles.

Cette jeune fille ne présente pas de stigmate d'hérédo-syphilis ; l'intradermo-réaction, chez elle, a été nettement positive.

Elle est sujette à des crises fréquentes d'hystérie et à de l'incontinence d'urine diurne et nocturne. Dans ses antécédents, il faut noter l'éthylisme du père et de la mère ; elle a un frère épileptique.

Papillome de la langue. — MM. *Danlos* et *Lévy-Frankel* présentent un malade atteint, depuis cinq mois, d'une lésion papillomateuse de la langue s'accompagnant de sclérose. Il existe quelques ganglions non douloureux dans la région sus-hyoïdienne. La lésion offre, à l'examen histologique, l'aspect d'un papillome.

Dans la région profonde du derme, il existe de l'infiltration leucocytaire en foyers, formée essentiellement de lymphocytes ; certains de ces foyers présentent un début de caséification.

En outre, il existe de véritables cellules géantes, assez nombreuses, typiques, faisant admettre le diagnostic de tuberculose papillomateuse de la langue.

M. *Darier*, qui a examiné le malade, pense qu'il s'agit d'épithéliomas sur leucoplasie et s'étonne du diagnostic posé par les auteurs.

La présence de cellules géantes ne peut faire porter, à coup sûr, le diagnostic de tuberculose de la langue. M. Darier regrette que les préparations histologiques n'aient pas été apportées à la séance.

M. *Brocq*, qui admet également, au point de vue clinique, la nature épithéliale de cette lésion, demande si l'intradermo-reaction a été pratiquée.

Lésion papulo-tuberculeuse de la face chez une syphilitique tertiaire. — MM. *Danlos* et *Lévy-Frankel* présentent une malade, syphilitique tertiaire, atteinte d'une lésion papulo-tuberculeuse de la face, du front, de la région auriculaire droite ayant cliniquement tous les caractères d'une syphilide tertiaire.

Cependant l'étendue des lésions, la syphilis tertiaire étant rarement aussi éruptive, fit douter de ce diagnostic. Une biopsie fut pratiquée, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose atypique se rapprochant des sarcoïdes de Bœck, et peut-être d'une hybride de syphilis et de sarcoïde, à cause de l'existence de la syphilis antérieure, révélée par l'examen de la langue et du développement périvasculaire des lésions.

M. *Brocq* soutient qu'au point de vue clinique, les éléments présentent nettement les caractères d'une lésion syphilitique tertiaire.

L'affaissement des éléments, en dehors de tout traitement spécifique, n'est pas une preuve contre leur nature syphilitique ; il pense qu'un traitement intensif doit être appliqué, avant de conclure qu'il ne s'agit pas de lésions tertiaires.

Hydroa vacciniforme. — MM. *Gaucher*, *Louste* et *Druelle* présentent une jeune femme de 22 ans qui porte au niveau des parties découvertes, des lésions bulleuses contenant un liquide louche, et que les auteurs reconnaissent comme un hydroa vacciniforme.

Sous l'influence de soins antiseptiques de la peau, les lésions avaient disparu, mais la malade s'étant de nouveau exposée au soleil, les mêmes éléments bulleux se sont montrés sur les parties découvertes.

M. *Darier* fait remarquer que les lésions de l'hydroa apparaissant sur les régions découvertes, il serait intéressant de rechercher à reproduire les mêmes lésions sur d'autres points du corps. Lui même, dans un cas analogue, a employé la photothérapie. En se servant d'une lampe de quartz qui, comme on le sait, laisse passer les radiations violettes et ultra-violettes, il reproduisit expérimentalement les lésions de l'hydroa vacciniforme.

Au cours de la séance, le prix Zambaco est décerné à M. Fage, interne des hôpitaux, qui avait déposé un mémoire sur le lupus érythémateux des muqueuses. P. Fernet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril 1909. — Présidence de M. Bourdel, vice président.

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement. (*Suite*). — M. *Lapointe* déclare qu'il rejette absolument la pratique qui consiste à faire lever les opérés dès le 2e jour à la suite de certaines opérations abdominales. Mais il est partisan de la diminution de l'alitement (10 à 12 jours) et de l'hospitalisation (15 jours) pour l'appendicite à froid, certaines hystérectomies vaginales sans pince à demeure et pour toutes les laparotomies dans lesquelles il a pu employer l'incision transversale sus-pubienne, suivant la technique de Pfannestiel.

M. *Ozenne* ne croit pas qu'il faille accepter à la lettre la proposition de M. Lance. Contre cette manière d'agir, il cite un cas d'embolie observée par lui, et survenue au 13e jour après une hystérectomie vaginale pour fibrome, opérée sans incidents et sans fièvre consécutive. Il estime qu'il n'y a pas de règle absolue à poser à propos du lever précoce : il doit dépendre de l'état constitutionnel de la malade, de la nature de l'opération et de ses suites.

M. *Mouchet* vante les avantages de l'incision abdominale suivant la technique de Pfannestiel qui, employée toutes les fois qu'elle sera possible, permettra de raccourcir la durée du séjour au lit des opérés.

M. *Bouloumié* offre à la Société de médecine le volume qu'il vient de publier : « Vingt jours parmi les sinistrés » sur le désastre italien, l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux de Naples, l'état psychique des sinistrés, la proportion des blessés aux tués, la nature et l'évolution des blessures, l'organisation et le fonctionnement des secours, pouvant interesser spécialement les médecins.

Traitement de la furonculose par un vaccin antistaphylococcique. — M. *A. Mauté* rapporte les résultats qu'il a obtenus dans la furonculose en injectant un vaccin antistaphylococcique préparé en émulsionnant dans le sérum physiologique le staphylocoque isolé des propres lésions du malade en traitement, dans la proportion de 250 millions de microbes par centimètre cube, après stérilisation par chauffage discontinu à 53°. La bactériothérapie a non seulement permis d'abréger l'évolution des éléments en activité, mais surtout l'observation de malades présentant des furoncles en série a montré à l'auteur que le vaccin était doué d'un pouvoir empêchant incontestable sur le développement de nouveaux furoncles.

Trépanation, curettage et drainage du sinus maxillaire par voie nasale. — M *G. Mahu*. — Procédé simple pour la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique : 1° en trépanant la paroi sinuso-nasale, après résection de tout ou partie du cornet inférieur, à l'aide d'une *cisaille perforatrice* imaginée par l'auteur ; 2° en curettant la cavité à l'aide de *curettes à tiges malléa-*

bles qui peuvent prendre toutes les formes possibles au fur et à mesure des besoins

Résultats : réduction considérable de la durée de l'opération, de la perte de sang et du choc opératoire.

M. **Dubar** estime que l'opération préconisée par M. Mahu constitue une opération intermédiaire entre la simple ponction du sinus et la cure radicale. Bien des sinusites maxillaires chroniques guérissent par de simples lavages du sinus, pratiqués par la voie endo-nasale. Le procédé préconisé par l'auteur constitue une simplification importante à retenir et à utiliser.

Considérations sur le mode de transmission des gastro-entérites aiguës infantiles. — M. *Margain* insiste sur le rôle d'agents propagateurs que jouent les insectes buveurs de lait, comme les mouches, et y voit une explication de l'influence estivale et des différences de morbidité qu'on observe chez les nourrissons suivant les divers modes d'allaitement. Il discute ensuite les caractères de spécificité qu'on peut exiger d'un microbe pathogène provenant des selles diarrhéiques du nourrisson et conclut en préconisant l'isolement des enfants sous moustiquaire.

L'exercice illégal de la kinésithérapie par les Suédois. — M. *Maurice Faure*. — La pratique du massage, de la gymnastique médicale, et de toutes les thérapeutiques voisines réunies sous le nom de kinésithérapie, est trop souvent abandonnée à des auxiliaires non médecins, et il en résulte pour les malades des dommages appréciables. Il faut savoir que cette pratique est illégale et que le médecin qui la recommande peut être taxé de négligence et poursuivi par le malade en cas d'accident et par les syndicats médicaux pour complicité d'exercice illégal.

Faculté de Médecine de Paris.

Conférences sur les arythmies cardiaques. — M. Vaquez, agrégé, commencera une série de dix conférences le samedi 1er *mai* à 6 h., au grand amphithéâtre, et la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Programme des Conférences :

1) De l'aptitude fonctionnelle du cœur et des renseignements que peuvent nous donner à ce sujet les modifications du rythme cardiaque.

2) Du rythme normal du cœur et du pouls. Ses raisons anatomiques et physiologiques. Les moyens de le connaître. Méthodes graphiques, interprétation des tracés. Tracés auriculaires recueillis par voie œsophagienne. Procédés électro-diagraphiques.

3) Eurythmie et arythmie. Histoire des arythmies. Tentatives de classification.

Modifications physiologiques du rythme du cœur et du pouls.

4) L'extra-systole. Ses caractères cliniques. Ses causes et ses modalités objectives. Sa valeur diagnostique.

5) Du ralentissement pathologique du pouls. — A. Le ralentissement par trouble de conductibilité ou de cause intra-cardiaque. (Syndrome de Morgagni Stokes-Adams).

6) Du ralentissement pathologique du pouls. — B. Le ralentissement de cause extra-cardiaque. Les bradycardies interposées. Rapports de la bradycardie avec les arythmies extra-systoliques.

7) Les tachycardies. Des formes cliniques de la tachycardie (la tachycardie passagère ou émotive. La tachycardie paroxystique. La tachycardie continue). Causes extra et intra-cardiaques des tachycardies.

8) Le pouls alternant et la question de la bigéminie ou hémosystolie.

Le pouls désordonné (pulsus irregularis perpetuus). Le signe de Mackensie.

9) Sensations subjectives des arythmies.

10) Valeur pronostique et thérapeutique tirée de la connaissance des arythmies.

Cours et travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le Dr Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Blanluet, reprendra le cours gratuit, à l'Amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 11 *mai* 1909, à 3 heures.

Programme du cours : Mardi, jeudi, samedi. — Présentation de malades M. Castex.

Lundi, mercredi et vendredi. — Conférences d'oto-rhino-laryngologie, MM. Collinet, Rabé, Blanluet.

2° *Travaux pratiques.* — Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption.

Examen et traitement des malades par les élèves, tous les jours, de 3 à 5 heures.

Le droit de laboratoire à verser pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Seront admis les docteurs francais et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de M. le prof. Hartmann et de M. P. Duval, agrégé. — *Opérations gynécologiques.* — Cours de M. Chevassu, prosecteur.

Ouverture le 24avril 1909. Le cours a lieu tous les jours.

Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité.

Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Le droit à verser est de 50 fr.,

S'inscrire au secrétariat (guichet 3), de midi à 3 heures, les mardis, jeudis et samedis.

Examens de doctorat.

Lundi 3 *mai*, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Gosset et Pierre Duval ; (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 4 *mai*, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; (2e série) : MM. Quénu Morestin et Lenormant ; (2e partie) : MM. Chauffard, Gouget et Jeanselme ; — M. Carnot, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 5 *mai*, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Nicolas, Wallich et Gosset ; (2e série) : MM. Delbet, Potocky et Rieffel ; (3e série) : MM. Hartmann, Branca et Couvelaire ; — (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Legry ; (2e série) : MM. Brissaud, Widal et Sicard ; (3e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper. — 4e : MM. Pouchet, Macaigne et Zimmern ; — M. Mulon, suppléant

Jeudi 6 *mai*, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Gley et Nicloux. — (3e oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Thiéry et Lenormant ; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin ; — (2e partie 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Jeanselme ; (2e série) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Claude ; (3e série) : MM. Chauffard Castaigne et Brumpt. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Thoinot et Richaud ; (2e série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Launois, suppléant.

Vendredi, 7 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Gosset et Proust ; (2e série) : MM. Hartmann, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Beaudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 8 *mai*, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Renon et Claude ; (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt; (3e série): MM. Alb. Robin Gouget et Fernand Bezançon. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Launois, suppléant.

Clinique d'accouchement Tarnier (89, rue d'Assas) : Professeur : M. Paul Bar. — Cours annexe de thérapeutique gynécologique, par M. Brindeau, agrégé.

Le cours commencera le 3 mai 1909. Il comprendra 15 leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Sont admis, sans verser de droits, les étudiants et les médecins inscrits à un quelconque des cours donnés à la clinique dans l'année. Le droit à verser pour les autres auditeurs est de 50 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement du droit.

Les bulletins de versement relatifs à ces cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis (guichet n° 3), de midi à trois heures.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Un cas de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire ;

Par **Ch. LENORMANT**,
Agrégé, Chirurgien des hôpitaux.

Les tumeurs de la glande sous-maxillaire sont une affection relativement rare. Le mémoire fondamental de Küttner (1), en 1896, n'en contient que 103 observations ; en 1900, le même auteur (2) pouvait en rapporter 16 cas nouveaux et, depuis lors, un certain nombre de faits ont été publiés, soit isolément, soit dans les travaux d'ensemble concernant les tumeurs mixtes salivaires (Wilms, Wood, Massabuau, etc.). L'observation personnelle que j'ai recueillie récemment et dont l'étude histologique a été faite par mon collègue et ami Lecène, n'a pas d'autre intérêt que d'être un type très net de la variété la plus fréquente de ces tumeurs.

Le malade, garçon de 25 ans, entre le 1er février 1909 à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu, pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'il porte à la région sous-maxillaire droite.

Il y a 8 ans, il a présenté, de ce même côté, un abcès dentaire qui a été incisé par la bouche. Quand les accidents aigus furent calmés, le malade s'aperçut, en palpant la région sous-maxillaire, de l'existence d'un petit noyau sous-cutané, dur et indolent, gros comme une noisette.

Cette tumeur s'est accrue, graduellement et insidieusement, jusqu'à atteindre aujourd'hui les dimensions d'un œuf de poule. Elle occupe la région sous-maxillaire, à égale distance du menton et de l'angle de la mâchoire. Elle est régulièrement ovoïde, à grand axe antéro-postérieur, un peu bosselée, de consistance uniforme et très dure, absolument indolente. La peau qui la recouvre est normale et mobile. La tumeur elle-même est très mobile sur les plans profonds ; on ne lui sent pas de pédicule. Elle ne fait aucunement saillie du côté de la bouche : le plancher buccal est souple et paraît tout à fait indépendant de la tumeur.

Depuis son début et pendant toute son évolution, cette tumeur n'a déterminé ni douleur, ni trouble fonctionnel d'aucune sorte.

Le malade a eu, il y a 4 ans, la syphilis, mais il a été traité dès l'apparition du chancre et n'aurait même pas eu d'accidents secondaires.

Le *diagnostic* ne pouvait hésiter qu'entre tumeur mixte de la glande sous-maxillaire ou tuberculose d'un ganglion ; mais, contre cette dernière hypothèse, on pouvait invoquer la dureté extrême de la tumeur et l'absence de tout autre ganglion hypertrophié dans le reste du cou.

Opération le 5 février 1909, sous chloroforme. On trace une incision légèrement courbe sur la saillie de la tumeur ; on traverse la peau, le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle et l'on arrive sur la masse néoplasique. Celle-ci est parfaitement encapsulée, entourée d'une atmosphère celluleuse lâche et sans aucune adhérence aux parties voisines : le doigt l'énuclée en un instant et l'on ne se sert des ciseaux que pour couper quelques tractus fibreux qui viennent se perdre à sa face profonde. On n'a pas coupé un seul vaisseau. La tumeur enlevée, on reconnaît le muscle digastrique et les plans superficiels de la région sous-maxillaire ; on n'aperçoit pas de glande, mais celle-ci n'a pas été cherchée systématiquement. Après ligature de quelques vaisseaux superficiels, on rapproche les bords de l'incision aponévrotique par un surjet de catgut et on réunit la peau par des agrafes métalliques, sans drainage.

La plaie cicatrisa par première intention et le malade quittait le service, complètement guéri, le 14 février.

Examen de la pièce. — La tumeur est un peu bosselée ; elle est dure et crie sous le couteau. La coupe présente un aspect uniforme, dense, ferme, grisâtre avec des travées blanchâtres irrégulières ; elle paraît peu vasculaire. En un point voisin de la périphérie, on remarque une cavité aplatie et vide, à parois lisses, creusée dans le tissu de la tumeur et mesurant 5 à 6 millimètres sur 2 ou 3.

Examen microscopique (Lecène). — La tumeur est constituée de la même façon dans toutes ses parties ; le stroma est principalement formé de tissu conjonctif embryonnaire, pauvre en fibrilles, parsemé çà et là d'îlots de tissu muqueux et de tissu cartilagineux ébauché (quelques capsules au milieu d'une substance fondamentale donnant les réactions de la chondrine). Parsemés irrégulièrement au milieu de ce stroma, on trouve des îlots de cellules cubiques tassées les unes contre les autres, formant en quelques points des cavités vides ou remplies d'une substance hyaline. Ces cellules, sur la nature exacte desquelles on peut discuter, sont vraisemblablement d'origine épithéliale, sans qu'on puisse préciser si ce sont des cellules glandulaires ou ectodermiques ; ces cellules se retrouvent dans toutes les tumeurs mixtes des glandes salivaires et leur interprétation est toujours délicate.

Il s'agit dans ce cas d'une *tumeur mixte* de la sous-maxillaire ; l'évolution clinique et les constatations histologiques sont parfaitement d'accord sur ce point. Au niveau de la glande sous-maxillaire, comme à la parotide, cette variété de néoplasmes est de beaucoup la plus fréquemment observée : dans les relevés de Küttner, on trouve 65 tumeurs mixtes sur 78 tumeurs de la sous-maxillaire dont la structure est exactement connue. Elles s'opposent par leur bénignité habituelle aux tumeurs à évolution maligne, sarcome et cancer, qui sont beaucoup plus rares. On peut les rencontrer à tout âge, mais la majorité, les trois quarts d'après Kütner, s'observent de 10 à 30 ans ; mon malade se trouvait donc, à ce point de vue, dans les conditions habituelles.

L'évolution de ces néoplasmes est longtemps insidieuse : c'est d'abord un petit noyau arrondi, bien limité, mobile, de consistance dure, parfaitement indolore, que le malade constate par hasard et qui pourrait être aisément confondu avec un ganglion hypertrophié. L'accroissement de la tumeur se fait lentement ; la plupart des malades ne viennent consulter qu'après plusieurs années et, à ce moment, leur tumeur ne dépasse pas le volume d'une noix ou d'un œuf. Cependant, abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent acquérir des dimensions très considérables : Nasse, Socin, ont observé des tumeurs mixtes soux-maxillaires grosses comme une tête d'enfant et Morestin a extirpé avec succès une tumeur énorme, du poids de 6.500 grammes, qui pendait au-devant du thorax.

La tumeur, localisée à la région sous-maxillaire, de forme ovoïde, parfois bosselée, se développe uniquement vers l'extérieur et fait saillie sous la peau qui garde sa mobilité et sa coloration normales ; elle n'atteint pas en avant la ligne médiane ; en arrière, elle confine au bord antérieur

(1) Küttner. — Die Geschwülste der Submaxillars Speicheldrüse. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, XVI, p 181, 1896.

(2) Küttner. — Verletzungen und Erkrankungen der Speicheldrüsen. in *Handbuch der praktischen Chirurgie* de Bergmann, Bruns et Mikulicz, t. I, p. 736, 1900.

du sterno-mastoïdien ; en bas, elle empiète plus ou moins, suivant son volume, sur l'os hyoïde et la région sous-hyoïdienne. Dans des cas exceptionnels, elle se développe en haut, soulevant le plancher buccal et faisant saillie sous la muqueuse.

Ses limites sont toujours très nettes et, quelles que soient ses dimensions, elle reste toujours mobile sur les plans profonds auxquels elle n'adhère pas.

Sa consistance est variable : les tumeurs, petites ou moyennes sont, en général, uniformément dures, ligneuses ; les grosses peuvent présenter par place une consistance élastique ou même molle et pseudo-fluctuante, mais presque toujours on y retrouve en quelques points cette dureté qui est un des meilleurs caractères objectifs des tumeurs mixtes.

Les troubles fonctionnels sont habituellement nuls : jamais la tumeur n'est douloureuse spontanément, ni à la pression. Quelquefois, lorsqu'elle est grosse, on note une certaine gêne des mouvements de la mâchoire et de la langue, de la mastication et de la phonation, gêne qu'explique suffisamment le volume même de la tumeur, sans qu'il soit utile d'incriminer, avec Küttner, une compression assez hypothétique du nerf hypoglosse. Les modifications de la secrétion salivaire, signalées dans quelques observations (Pengrueber, Poncet, Pozzi), sont douteuses et me paraissent difficiles à constater exactement.

Sauf son accroissement, d'ailleurs très lent, la tumeur ne se modifie guère pendant son évolution et les cas ne sont pas exceptionnels où elle existe depuis dix, vingt et trente ans, sans avoir atteint des dimensions bien considérables et sans déterminer de troubles sérieux.

Cette évolution bénigne est la règle. Mais elle n'est pas absolument constante et, comme à la parotide, on peut voir, à un moment donné, la tumeur augmenter rapidement de volume, devenir douloureuse, adhérer à la peau et aux plans profonds, parfois se ramollir ; elle évolue alors comme une tumeur franchement maligne, pouvant même dans des cas exeptionnels donner des métastases visérales (Tommasi, Griffini et Trombetta) et elle aboutit à la mort. Cette transformation maligne des tumeurs mixtes, toujours possible, n'est pas absolument rare, puisque Küttner la signale 6 fois sur 56 observations. Il faut en tenir compte dans l'appréciation du pronostic et elle est une des raisons qui engagent à extirper le néoplasme dès ses premiers stades.

Les caractères anatomiques de ces tumeurs sont aussi nets que leurs signes cliniques. Macroscopiquement, c'est surtout leur encapsulement : toujours le néoplasme est bien limité, entouré d'une capsule fibreuse, séparé des organes voisins par une atmosphère lâche qui en permet toujours l'énucléation facile. La coupe montre un tissu gris ou blanchâtre, assez uniforme, ferme, parfois ramolli par places, plus souvent présentant en certains points un aspect translucide dû à la présence du cartilage ; quelquefois, comme dans mon observation, on y trouve des cavités kystiques plus ou moins grandes.

Le microscope montre la structure habituelle des tumeurs mixtes et je ne veux pas y insister ici. Je rappellerai seulement que le stroma, qui constitue souvent la plus grande partie de la tumeur, est extrêmement variable : on y trouve toutes les variétés du tissu conjonctif (sarcomateux, cellulaire lâche, fibreux), des îlots de tissu muqueux et de cartilage, quelquefois même des plaques calcifiées ; la présence du tissu cartilagineux, sous ses divers aspects, est très fréquente à la sous-maxillaire (46 fois sur 58, Küttner) et caractéristique des tumeurs mixtes. Dans ce stroma, on trouve des amas cellulaires plus ou moins abondants, tantôt formant des travées et des cordons pleins, anastomosés en réseau, tantôt ordonnés autour d'une lumière centrale, comme des tubes glandulaires, tantôt enfin limitant de petites cavités kystiques arrondies à contenu colloïde, rappelant les vésicules thyroïdiennes. L'aspect de ces cellules est variable : le plus souvent, elles sont, comme dans mon observation, arrondies, polyédriques ou cubiques, peu différenciées ; mais d'autres fois on rencontre des types beaucoup plus caractérisés, grandes cellules cylindriques de type glandulaire ou cellules malpighiennes à filaments d'union, dont l'origine ectodermique est indiscutable. Massabuau (1) a même constaté l'existence de globes cornés dans une tumeur mixte sous-maxillaire.

Ces tumeurs mixtes ont donné lieu aux mêmes divergences d'interprétation, aux mêmes discussions pathogéniques que celles de la parotide : si les classiques français leur ont toujours attribué un élément épithélial et une origine glandulaire, Küttner leur a appliqué les théories allemandes et les regarde comme des néoplasmes conjonctifs, comme des endothéliomes, provenant de l'endothélium des fentes ou, beaucoup plus rarement, des vaisseaux lymphatiques.

Ce n'est pas ici le lieu de reprendre une discussion qui a fait le sujet d'innombrables travaux. Je le ferai d'autant moins que j'ai déjà exposé ailleurs (2) les raisons pour lesquelles l'une et l'autre des théories classiques me paraissent également inadmissibles : la présence fréquente, dans ces néoplasmes, de tissu cartilagineux, d'éléments ectodermiques, comme les cellules malpighiennes, est aussi difficile à interpréter par l'hypothèse allemande de l'endothéliome que par l'hypothèse française de la tumeur salivaire. Seule une origine embryonnaire peut expliquer la complexité des tumeurs mixtes et c'est la théorie qu'ont adoptée presque tous les auteurs qui, dans ces dernières années, ont étudié la question (Cunéo et Veau, Wilms, Hinsberg, Wood, Massabuau, etc.).

Personnellement, dans le travail cité plus haut, je me suis efforcé d'établir que, comme l'ont dit, les premiers, Cunéo et Veau (3), toutes les tumeurs mixtes des glandes salivaires, grosses ou petites, ont pour point de départ les débris persistants de l'appareil branchial, que toutes ces tumeurs mixtes para-buccales doivent être regardées comme des branchiomes bénins.

Je n'ai rien à dire du *traitement* des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire, car il ne saurait y avoir de discussion sur ce point : l'extirpation s'impose dès le diagnostic reconnu ; grâce à l'encapsulement du néoplasme, l'opération est toujours facile, inoffensive et complète ; elle donne les meilleures garanties contre une récidive et n'expose pas, comme à la parotide, à la blessure d'organes importants.

Un cas de paralysie générale juvénile ;

Par MM. le Pr **RÈMOND** (de Metz)
et le Dr **CHEVALIER-LAVAURE** (d'Auch).

Dans l'étiologie de la paralysie générale, à côté des nombreuses causes physiques : syphilis, alcoolisme, tuberculose, etc., on a également incriminé des causes morales et en particulier les chagrins, les déceptions, une sorte

(1) MASSABUAU. — La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires.— *Revue de Chirurgie*, XXXVI, p. 389 et 731, 1907.
(2) LENORMANT, RUBENS-DUVAL et COTTARD.—Les tumeurs mixtes de la joue et des lèvres.— *Revue de Chirurgie*, XXXVII, p. 1, 1908.
(3) CUNÉO et VEAU.— Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales.— *XIIIe Congrès International de Médecine*, Paris, 1900 (Section de Chirurgie générale).

de surmenage émotif provoqué par le souci angoissant d'une responsabilité pécuniaire ou morale chez certains industriels, officiers, etc.

Il faut de plus ajouter que l'hérédité, sous forme d'hérédité vésanique, névropathique, arthritique, crée un terrain favorable à l'éclosion de la maladie, et que, sous forme d'hérédo-syphilis et peut-être d'hérédo-tuberculose, elle peut à elle seule produire la paralysie générale.

De ces causes quelles sont les plus importantes ?

Chez l'enfant, chez l'adolescent, les causes intellectuelles et morales ont leur minimum d'action puisque les facultés intellectuelles et morales sont encore incomplètement développées. Aussi en présence des cas déjà relativement nombreux de paralysies générales juvéniles, il faudrait donc, dans une énumération par ordre d'importance des causes de la P. G., placer les causes mentales à la suite des autres et même constater que dans certaines paralysies générales elles ne peuvent avoir aucune action.

L'observation suivante d'un cas de paralysie générale très juvénile nous a paru, par la netteté des symptômes constatés, par la coexistence de certaines particularités, intéressante à rapporter.

C..., Anne-Marie, est une enfant confiée à l'assistance publique : nous n'avons absolument aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et nous ne savons d'ailleurs que peu de chose sur ses antécédents personnels.

Placée à la campagne, elle n'a suscité aucune remarque de son entourage. D'une intelligence peu développée, elle n'a pu apprendre à lire qu'imparfaitement. Mais fort docile, complaisante, assez vive dans son travail, elle contentait les maîtres qui l'occupaient. Sa santé physique aurait été parfaite sans quelques affections oculaires récidivantes et sans des adénites qui se sont produites de bonne heure.

On s'aperçut un jour, elle avait quatorze ans et demi environ, que son activité diminuait, qu'elle oubliait les ordres qu'on lui donnait, qu'elle devenait très maladroite. L'affaiblissement intellectuel fit de rapides progrès, si bien qu'on la renvoya à l'hôpital où on se décida bientôt, devant son apathie, sa passivité, son gâtisme, à la placer dans un asile d'aliénés avec le diagnostic d'imbécillité.

La fillette est grande, forte, bien développée pour son âge ; elle est réglée, nous ne savons depuis quelle époque, mais le volume des seins, l'abondance et la longueur des poils du pubis démontrent que la puberté s'est établie précocement chez elle. La face est large, osseuse, assez régulière : le front est bas, mais bombé ; l'implantation des cheveux, secs et épais, s'avance vers les tempes. Les yeux, profondément enfoncés dans la cavité orbitaire et peu découverts par une ouverture palpébrale très petite, ont un regard particulier qui semble éteint et provenir de deux trous noirs sans expression. Il existe de la blépharite, et la cornée porte des opacités provenant d'ulcérations de kératite ancienne. Le nez est épaté et gros et présente de l'impétigo. La voûte palatine est élevée et irrégulière. Les dents sont mal implantées, plusieurs sont cariées et les incisives sont le siège des lésions caractéristiques des dents d'Hutchinson. Enfin les oreilles sont mal ourlées, le pavillon est écarté et le lobule sessile.

Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié.

Il existe des groupes d'adénites sous-maxillaires assez volumineuses et à peu près symétriques.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement bien que la malade mange avec gloutonnerie et avale ses aliments sans les mastiquer ce qui nécessite la prescription d'un régime spécial : pas de constipation.

Du côté des poumons, on note à droite de la submatité, de la rudesse et un léger souffle ; il n'existe ni toux ni expectoration ; il n'y aurait jamais eu d'hémoptysies.

Les battements du cœur sont bien frappés, un peu rapides ; pas de souffles. Le pouls donne de 94 à 100 pulsations. Congestion habituelle de la face.

Du côté de l'appareil génital, rien à signaler : les menstrues sont abondantes et régulières.

L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises, n'a jamais démontré la présence de sucre ou d'albumine. L'excrétion de l'urée se maintient plutôt au-dessus de la normale, 25 gr. en moyenne.

Notre malade présente des troubles moteurs très accentués : d'abord un tremblement généralisé, fin, rapide, à oscillations assez régulières à l'état de repos ; mais à l'occasion des mouvements intentionnels, les oscillations augmentent d'amplitude et deviennent absolument ataxiques.

Lorsque la malade veut prononcer quelques mots, son intention est annoncée par un tremblement fibrillaire très accentué de la région naso-labiale. La langue participe à ce mouvement fibrillaire. De plus, si l'on commande à la malade de tirer la langue, celle-ci est tantôt brusquement projetée en avant, tantôt par côté, tantôt en arrière.

L'élocution est des plus difficiles ; c'est un bredouillement inintelligible, les mots sont ânonnés, inachevés. D'ailleurs l'affaiblissement intellectuel est tellement prononcé que le vocabulaire est réduit à quelques sons qu'il est impossible d'identifier. La lecture n'a pu être étudiée.

Les réflexes tendineux sont abolis, tels que le patellaire, ou très diminués. La recherche du Babinski est négative.

Du côté des yeux, nous notons de l'inégalité pupillaire, la papille gauche étant plus dilatée que la droite qui es, plus paresseuse. Le signe d'Argyll Robertson est très net. Le nystagmus n'existe dans aucune position de l'œil.

L'affaiblissement de la motilité générale est très marqué; la malade se tient difficilement debout et soulève ses membres inférieurs avec la plus grande peine ; le tremblement, qui s'exagère à l'occasion de tout mouvement, rend les efforts très pénibles.

Les sensibilités au contact, à la douleur, à la chaleur, paraissent émoussées.

Le goût est diminué : les saveurs sucrées, acides ou amères ne provoquent que de faibles réactions.

L'ouïe est normale.

La malade est complètement gâteuse.

Au point de vue intellectuel, on peut dire que la démence est complète et globale.

Lorsqu'on interroge C..., rien, dans l'attitude, dans la physionomie, n'indique qu'elle ait compris; elle garde son sourire continuellement niais. Il est impossible, étant donné l'état de sa déchéance intellectuelle, d'évaluer la qualité et la quantité de la mémoire, la valeur du raisonnement. Elle est absolument inerte, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Son émotivité est tout juste mise en jeu par la vue des aliments qu'on lui apporte et qu'on lui fait absorber.

Cet état persiste un an environ, sans autre manifestation morbide spéciale. Puis les adénites deviennent plus volumineuses ; l'embonpoint augmente, les cheveux tombent, les dents se carient, et les ongles sont le siège de troubles trophiques accusés. En même temps que la faiblesse devient plus grande, il se produit une escharre sacrée qui malgré les soins devient de plus en plus profonde. La malade tousse, la diarrhée s'établit et la mort arrive tout doucement deux ans environ après le début des accidents.

L'autopsie est pratiquée 24 heures après le décès ; l'aspect général n'offre rien de particulier à signaler, sinon un développement exagéré du tissu adipeux, sans œdème.

A l'ouverture du crâne, la dure-mère se montre épaissie et fibreuse ; l'arachnoïde est opaque avec traînées opalescentes le long des vaisseaux : liquide céphalo-rachidien très abondant. Pie-mère rouge et congestionnée ; elle est absolument adhérente à l'écorce et la décortication a pour effet d'entraîner complètement la substance grise ; la symphyse méningo-corticale est des plus nettes. Les adhérences sont plus prononcées à droite et au niveau des zones frontales et pariétales.

La morphologie des circonvolutions est normale. Atrophie extrême de la couche corticale, surtout dans la région frontale ; ramollissement généralisé, congestion de la substance cérébrale. Dilatation ventriculaire, épaississement des plexus choroïdes ; surface des noyaux gris bosselée, irrégulière.

Les enveloppes médullaires sont remarquablement épaisses, scléreuses ; la moelle est ramollie.

Les poumons sont le siège d'une congestion intense ; les bronches de petit calibre laissent sourdre du pus à la pression ; les sommets, surtout le sommet droit, contiennent des noyaux indurés et crétacés.

Le foie est gros et graisseux.

Les intestins et particulièrement l'intestin grêle sont congestionnés.

Les autres organes paraissent à peu près sains.

Il avait été prélevé des fragments des circonvolutions frontales et pariétales du lobule paracentral qu'on avait eu le soin de laisser adhérents à la pie-mère, de la couche optique, du corps strié, de la moelle cervicale et dorsale, du foie, pour permettre l'examen microscopique.

L'examen des préparations colorées au Nissl, au Van Gieson, au Weigert Pal confirme les constatations cliniques et nécropsiques. On constate, en effet, les lésions ordinaires de la P. G. mais ces lésions sont d'une intensité remarquables : déformation, chromatolyse cellulaires ; déplacement et souvent disparition du noyau ; atrophie de nombreuses cellules ; neuronophagie ; infiltration des plus actives de leucocytes autour des vaisseaux et dans la pie-mère ; présence de cellules plasmatiques ; prolifération névroglique diffuse dans l'écorce et dans les couches superficielles sous-épendymaires ; destruction de nombreuses fibres myéliniques surtout superficielles. La moelle est également atteinte, mais le processus névroglique est surtout intense autour de l'épendyme et dans les cordons postérieurs au niveau de la zone radiculaire moyenne où les tubes nerveux sont à peu près complètement dégénérés.

Le diagnostic n'est donc pas douteux. La clinique, l'anatomo-pathologie s'accordent pour imposer le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse de paralysie générale progressive.

L'affection a évolué chez notre malade suivant le type démentiel pur, sur un fond de débilité mentale, sans aucune réaction délirante. En effet, l'euphorie traduite par le sourire niais et béat que nous avons signalé ne pouvait provenir d'un trouble intellectuel, idée de grandeur ou de satisfaction, la déchéance intellectuelle étant trop profonde pour permettre un délire même des plus rudimentaires. Tout au plus, pourrait-on admettre que cette euphorie était de nature sensitive et sous la dépendance d'un trouble de la conscience organique.

L'abolition des réflexes, l'incoordination motrice des membres, s'expliquent par les lésions médullaires.

Quant à la rapidité relative de l'évolution de la maladie, qui a duré moins de deux ans, sans qu'aucun accident pathologique étranger à la P. G. soit venu hâter son terme, elle est à signaler puisqu'on sait qu'une des caractéristiques ordinaires de la P. G. chez la femme est justement la longue durée de son évolution.

Enfin, en ce qui concerne l'étiologie de l'affection de C... nous pouvons, malgré l'absence de commémoratifs, conclure, de la constatation des dents d'Hutchinson, des affections oculaires anciennes, des adénopathies, des lésions pulmonaires, que l'hérédo-syphilis et la scrofulo-tuberculose ont été les causes déterminantes agissant sur un terrain évidemment très favorable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'esprit chirurgical.

« Cependant, Messieurs, il faut reconnaître, hélas ! qu'il est un état d'esprit médical et un état d'esprit chirurgical.

« L'état d'esprit médical — je prends le mot dans un sens péjoratif — consiste à considérer toujours l'opération comme une défaite.

« C'est lui qui fait ponctionner 5, 6, 10 fois une pleurésie purulente pour l'envoyer au chirurgien lorsque les reins et le foie sont altérés par la septicémie, lorsque le poumon encapsulé par des néo-membranes épaisses ne peut plus se distendre. C'est lui, et non pas la chirurgie, qui est responsable de la majorité des fistules pleurales.

« C'est lui qui fait purger les malheureux atteints d'obstruction intestinale pendant 3, 4 ou 5 jours au lieu d'appliquer le seul traitement rationnel qui est de lever l'obstacle le plus tôt possible.

« C'est lui qui attend patiemment que les calculs du cholédoque aient amené une infection des voies biliaires qui désorganise le foie.

« Vous savez la parole terrible que murmurait la voix mystérieuse aux vierges folles lorsqu'elles revinrent frapper à la porte : « Trop tard. »

« Combien de fois n'avons-nous pas à la répéter ?

« S'il est en France de nombreux médecins et des plus éminents qui savent aussi bien les ressources de la thérapeutique chirurgicale que celle de la thérapeutique médicale, qui posent l'indication d'une opération aussi sûrement que celle d'un bain froid ou de la digitale, il faut bien le dire, hélas ! qu'il en est aussi beaucoup qui considèrent le chirurgien comme un ennemi et non comme un allié, qui ont une défiance insurmontable pour toutes les interventions. Il faut reconnaître que l'état d'esprit que j'appelais médical a plus d'adeptes chez nous que dans les pays voisins, et c'est un grand malheur pour les malades et pour la science, car, dans la phase où nous sommes, l'avenir de la chirurgie est entre les mains des médecins. »

Ainsi s'exprima le professeur Delbet, en sa leçon d'ouverture, paroles grandies « par l'autorité que donne notre vieille école et que M. le Doyen *lui* conférait mystiquement en *lui* faisant l'honneur d'assister à cette leçon.... »

En vain, l'on a pu chercher dans cette leçon le symétrique, soit la caractéristique de « l'état d'esprit chirurgi-

cal » annoncé au début du paragraphe. Paraphrasant l'éminent professeur, on pourrait peut-être dire, prenant « le mot dans un sens péjoratif » que l'état d'esprit chirurgical « consiste à considérer toujours » le traitement médical « comme une défaite ».

C'est lui qui fait dire élégamment au chirurgien brillant devant une brillante assemblée : « Ouvrons toujours le ventre, nous verrons bien ce qu'il y a dedans ! »

C'est lui qui enlève d'innocents fibromes, comme on fait d'une loupe, car l'aseptie a réduit à peu les morts par infection opératoire et on a des appareils distributeurs qui diminuent la mortalité par chloroforme.

C'est lui qui incise les gommes syphilitiques ramollies ou extirpe les gommes scléreuses que guériraient quelques centigrammes de mercure !

C'est lui qui fixe un rein mobile à la paroi, puis les uns après les autres et plus tard, d'année en année, chez le même sujet ptosé, de toutes parts, l'utérus, le foie, la rate.... car les cicatrices sont aujourd'hui esthétiques ou dissimulées.

C'est en vertu de l'esprit chirurgical que beaucoup de femmes souffrent de bouffées de chaleur, de troubles urinaires, de nervosisme extrême, d'obésité prématurée : elles avaient des ovaires scléro-kystiques ! !

C'est, espérons-le, autre chose que l'esprit chirurgical qui prend en main un bistouri inutile parce qu'il y a de l'or au bout.

Mais c'est l'esprit chirurgical, revanche bicentenaire du barbier sur le docteur, qui engendre les dédains, les attitudes à la Cyrano, et crée dans le monde de la pince hémostatique les expressions courantes : « coup de bistouri de médecin, théories de médecin, idée de médecin, cataplasme de médecin ».

Lequel a l'esprit chirurgical du médecin qui voulait opérer systématiquement l'appendicite et du chirurgien qui ne veut plus ? Celui qui a raison, dira le chirurgien. Mais lequel a raison ?

Tout ceci prouve qu'il ne faut pas de l'erreur de quelques-uns préjuger de l'esprit des autres. Il y a d'ailleurs beaucoup de chirurgiens, et des meilleurs, puisque M. Delbet est du nombre, qui possèdent l'esprit médical, sinon toujours, du moins souvent. G. MILIAN.

PRATIQUE MÉDICALE

Le lavage des cryptes amygdaliennes ;

Par le Dr H. BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Il est inutile de revenir sur la quasi-inefficacité des gargarismes pour la désinfection de l'isthme du gosier. Leur action est purement mécanique : par les efforts, les contractions musculaires qu'ils provoquent, ils produisent une sorte d'expression des amygdales.

Les grands lavages, les badigeonnages, qui leur sont préférés, ont-ils une action plus certaine ? Evidemment oui ; mais, si l'on veut bien se représenter la structure des amygdales, le nombre et la profondeur de leurs cryptes, on reconnaîtra que tout attouchement qui se borne à la partie visible de la surface amygdalienne n'intéresse en rien une grande partie de la surface réelle et en particulier les cavités cryptiques qui sont précisément le siège de l'infection dans un grand nombre de cas. En outre, plus ou moins, quelquefois sur une grande étendue, l'amygdale est recouverte en avant par ce pli triangulaire, émané du pilier antérieur, qui entre elle et le pilier délimite une loge mal ouverte en haut et en dedans, réceptacle de débris caséiformes, point de départ de la plupart des phlegmons périamygdaliens.

Nous avons eu l'idée bien simple de pratiquer des lavages de ces cryptes, de cette loge préamygdalienne avec de l'eau oxygénée neutralisée, ou avec une solution de perborate de soude.

Comme instrument nous nous servions de la seringue laryngée, poussant le piston tout doucement, et cessant dès qu'on voyait sourdre à la surface de l'amygdale le liquide injecté dans la profondeur.

Les trois tentatives que nous avons faites nous ont donné trois succès.

Notre première malade était une jeune femme pour laquelle de patients badigeonnages ne pouvaient venir à bout d'une amygdalite cryptique. Quand nous la vîmes, chaque crypte était indiquée par un point blanc, les amygdales étaient grosses, un peu sensibles ; guérison après une seule séance de lavages.

Notre second cas concerne un jeune homme qui, à la suite d'une amygdalite, gardait une très grosse amygdale rouge et douloureuse.

La douleur disparut le soir même, l'organe avait repris presque son volume normal le surlendemain.

Enfin un de ces derniers jours, un de nos jeunes confrères canadiens, abonnés de l'amygdalite lacunaire et se sentant pincé, vit son angine avorter après deux lavages.

Nous voudrions donc sincèrement recommander cette méthode ; en dehors des cas mentionnés ci-dessus nous aimerions l'essayer chez ces malades qui se trouvent menacés d'un abcès à la suite d'une angine : le pilier antérieur reste gros et rouge ainsi que l'amygdale et son pôle supérieur. Un lavage précoce derrière le pli triangulaire, en haut et en avant de l'amygdale pourrait peut-être arrêter l'évolution de l'abcès.

CORRESPONDANCE

A propos des Syndicats médicaux à Paris.

Le Secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine nous (1) a adressé la lettre suivante, laquelle comporte des affirmations et des tendances dont nous prenons acte très volontiers. (C.)

Paris, le 28 avril 1909.

Mon cher Confrère,

Je prends connaissance de votre article sur les Syndicats médicaux de Paris publié dans « *Le Progrès médical* » du 24 avril dernier. La lettre que j'ai adressée aux Maires de Paris, comme secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine y est critiquée et je vous serais obligé de bien vouloir insérer en réponse ces quelques mots.

Dans la seconde partie de votre article, vous dites « *que j'ai écrit au Maire pour le prier de réserver des places aux médecins syndiqués de l'arrondissement* ».

Ma pensée est dénaturée, j'ai écrit de réserver des places *aux délégués* des médecins syndiqués de l'arrondissement. C'est un point capital, la surveillance de l'hygiène publique par les délégués des sociétés professionnelles.

A côté des délégués du Syndicat, il y a place pour les délégués de toutes les autres sociétés. Le Syndicat a pris une initiative, si elle est bonne, qu'on la suive ; si elle semble mauvaise, qu'on la critique dans son principe.

(1) Lettre au Dr Cornet, auteur du *Bulletin* visé.

Il faut faire un choix entre l'Etat omnipotent, prenant des résolutions sans l'avis des administrés, et l'Etat cherchant à sauvegarder les intérêts de tous.

Les deux systèmes sont discutables, et les termes de ma lettre sont assez précis pour empêcher toute ambiguïté d'*exclusivité* pour les seuls médecins syndiqués.

Vous parlez de la C. G. T., mais justement ma lettre affirme un principe absolument contraire à ceux de ce groupement.

La C. G. T. désire détruire la société actuelle ; nous, nous désirons apporter notre collaboration au fonctionnement de cette société pour lui permettre d'évoluer sans à coup.

Les principes de direction sont donc en complète opposition.

Dans la troisième partie de votre article, vous dites que le Syndicat unique devrait mettre sa force coercitive au service de toute la corporation parisienne. C'est l'avis du Syndicat de la Seine. En novembre dernier, à la société du VIe arrondissement, le Dr Depassc, non syndiqué, ayant signalé un cas d'exercice illégal, j'ai écrit au Président de la Société pour mettre le Syndicat à sa disposition. J'ai bien reçu un accusé de réception de ma lettre, mais c'est tout.

Depuis la scission de 1907, jamais le Syndicat de la Seine n'a émis le plus léger reproche, n'a insinué la plus petite chose contre le S. M. P. Lisez et relisez nos bulletins pour vous convaincre.

Au contraire, les bulletins du S. M. P. sont remplis de critiques parfois violentes contre le Syndicat de la Seine.

Faites la comparaison et songez que le S. M. P. *a dénoncé* le S. M. S. aux Sociétés d'arrondissement.

Quant à la *commission fédérative des Praticiens*, elle existe depuis plus de quatre mois, fondée par le Syndicat des Médecins de la Seine sous le nom de « Groupement des syndicats et des associations médicales s'occupant de défense professionnelle. »

Font partie de ce groupement :

Le Syndicat de la Banlieue-Ouest, le Syndicat de St-Mandé, le Syndicat de la Banlieue Sud-Est, l'Association Amicale des médecins de Charenton, le Syndicat de Montreuil, l'Association des médecins de Bagnolet, des Lilas, etc, la Société médicale des Praticiens, la Société des médecins-inspecteurs des Ecoles le Syndicat de la Seine. S'il y a des groupements qui n'ont point adhéré, c'est qu'ils ne le veulent pas.

Les réunions ont lieu une fois par mois.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr A. GUILLEMONAT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1909.

Sur la descendance des paralytiques généraux. — M. ***Gilbert Ballet*** réfute l'opinion ancienne suivant laquelle les descendants de paralytiques généraux pourraient hériter des tares psychiques de leurs ascendants. Ils n'ont à redouter que les tares que peut transmettre à sa descendance tout générateur spécifique, et, comme il est de règle, ces tares seront d'autant plus fréquent s que l'infection syphilitique sera plus récente.

L'auteur cite à l'appui de sa thèse une statistique de 50 descendants de paralytiques généraux parmi lesquels on note seulement : deux cas d'épileptiques, deux cas de folie du doute, trois cas de névropathie simple.

Les émigrants et l'ophtalmie granuleuse à Paris. — MM. ***Chantemesse*** et ***Valude*** montrent que les émigrants traversant la France peuvent n'être point seulement des vecteurs du choléra. Des foyers d'ophtalmie granuleuse (trachome), se créent à Paris par les passages d'étrangers émigrant en Amérique. Les statistiques de la clinique des Quinze-Vingts montrent que, sur 288 cas de trachome observés en 1907 et 1908, 166 provenaient des trois quartiers limitrophes où logent les émigrants de passage (4e, 11e et 12e).

Il conviendrait d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les dangers que court, de ce fait, la population parisienne.

Sur la méningite cérébro-spinale. — M. ***Vaillard***, revenant sur la communication antérieure de M. Netter, signale l'importance prise par la méningite cérébro-spinale en ces dernières années dans la pathologie militaire.

L'épidémie d'Evreux, du 15 janvier au 1er mars, a provoqué 19 cas dans un régiment, 3 cas en ville. Il est à remarquer que des soldats, des réservistes en particulier, ont pu porter à distance le germe de la maladie sans en avoir souffert eux-mêmes. Des constatations bactériologiques ont révélé la présence du méningocoque dans leur naso-pharynx. A Evreux, la proportion des porteurs de germes a été de 19 % de l'effectif examiné.

L'efficacité du sérum anti-méningococcique ne peut être mise en doute : 24 cas non traités par le sérum ont donné 16 décès ; 24 cas traités par le sérum n'ont donné que 3 décès.

Septicémie tétragénique. — M. ***Gaucher***.

Recherches sur la délinquance juvénile. — M. ***J. Voisin***.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril 1909.

M. ***Morestin***. — J'ai employé pour extirper un néoplasme de la parotide la voie basse sous-parotidienne en découvrant et sectionnant le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien, sans toucher à la mâchoire inférieure. J'ai été absolument séduit par la facilité que donne cette voie d'abord.

Les troubles mentaux dans les traumatismes craniens. — M. ***Auvray***. — L'intervention précoce dans les fractures du crâne est actuellement admise par presque tout le monde. Je veux seulement étudier devant vous les troubles psychiques d'origine traumatique.

Ces troubles sont-ils la conséquence directe du traumatisme ou bien ne surviennent-ils que chez des prédisposés ? Il est très difficile de le dire et la conclusion est difficile à établir de façon ferme.

Les cas de paralysie générale traumatique ne se rencontrent guère que chez des prédisposés personnels ou héréditaires, et avant de dire que des troubles psychiques sont dus à un traumatisme il faut être très circonspect et avoir examiné avec soin les antécédents des malades.

M. ***Delorme***. — Dans la guerre d'Amérique, la plupart des blessés qui ont eu des troubles de démence étaient, paraît-il, des alcooliques.

M. ***Lucas-Championnière***. — La question est extrêmement complexe et les antécédents ont certainement une grande importance. Mais le rôle du traumatisme est vraiment, lui aussi, essentiel, si on en juge par le nombre des malades qui ont des troubles psychiques après des traumatismes craniens.

M. ***Quénu***. — Un blessé, après une chute, présenta tous les signes d'une double fracture des rochers. Il resta 5 semaines sans connaissance. Puis pendant 2 ou 3 mois il eut des troubles consistant en la suppression de toute une période de sa vie Puis la mémoire revint peu à peu. Mais il fut repris de troubles graves qui obligèrent à l'internement. Or ce blessé, connu de moi, n'avait aucun trouble antérieur et avait seulement le défaut de se griser parfois.

M. ***Sébileau***. — D'autre part on peut observer des coïncidences curieuses. Un malade que je soignai et qui avait un ulcère de jambe n'avait jamais présenté aucun trouble cérébral et cependant, peu de temps après, ce malade devenait nettement paralytique général. Il eût été à cette époque blessé à la tête qu'on eut certainement eu tendance à attribuer au traumatisme ses troubles mentaux.

Tumeurs malignes du testicule. — M. ***Mauclaire***. — J'ai été chargé d'un rapport sur une observation de M. Patel (de Lyon), concernant un malade qui, à la suite d'un traumatisme, présenta une tumeur au niveau du pôle inférieur du testicule. L'aspect, les caractères de cette tumeur, parurent suspects à M. P. qui pratiqua la castration et fit une castration aussi haute que possible. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma développé aux dépens de tissus embryonnaires. Les tumeurs du testicule se divisent en effet en 2 grands groupes suivant qu'elles se développent aux dépens de tissus

adultes ou aux dépens de tissus embryonnaires. Ces dernières sont très malignes et récidivent rapidement.

Ce fut le cas ici et malgré que la castration ait été faite très haute et très précocement la tumeur récidiva dans les ganglions lombaires. Je crois qu'on peut en conclure à l'inutilité des ablations ganglionnaires complexes.

M. *Delbet*. — Cette conclusion me surprend un peu. Il me semble au contraire que cette observation montre la nécessité d'enlever de bonne heure les ganglions puisque c'est dans ceux-ci que s'est faite la récidive.

Corps étranger du poumon. — M. *Tuffier*. — Une femme entre récemment dans mon service après avoir reçu un coup de feu au-dessus du sein gauche. Elle ne présente aucun phénomène alarmant, rien qui semble indiquer une plaie pulmonaire. Comme elle réclame instamment l'extirpation de la balle on fait faire une radiographie qui montre la présence d'un corps étranger arrondi collé contre la face interne des côtes, en arrière du poumon au niveau du 4e espace. L'intervention permit d'extraire ce corps étranger qui était dans le parenchyme pulmonaire même. Mais en réalité il n'y avait pas de balle. Celle-ci n'avait pas pénétré. Il s'agissait d'un *calcul du poumon*. Ces calculs sont une chose connue. Un des malades de M. Letulle en a rendu une fois 14 à la suite d'hémoptysies, et à la radiographie, son poumon porte une tache opaque, arrondie, semblable à une balle au voisinage du sommet.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. *Faure*. — M. Digouin a apporté ici récemment une série de cas de fistules vésico-vaginales traitées et guéries par le procédé du dédoublement. Il fait remarquer à ce propos, et je ne puis qu'appuyer ses dires, que ce dédoublement doit être poussé très loin. Il faut, pour pouvoir opérer à l'aise, abaisser l'utérus à l'aide d'une pince à traction. Grâce à cet abaissement, on n'a pas besoin d'une instrumentation compliquée. L'auteur emploie pour ses sutures le crin de Florence qui, à mon avis, est le meilleur fil pour ce genre d'opération. La série des succès obtenus prouve que ce procédé du dédoublement ne le cède en valeur à aucun autre et il a sur beaucoup de ceux-ci l'avantage d'une exécution plus simple et plus facile.

Présentation de malades. — M. *Lejars* présente une malade qui a été amenée dans son service immédiatement après s'être donné un coup de couteau dans la région précordiale. Son état était si grave qu'une intervention immédiate est pratiquée presque sans anesthésie. Un large volet permet de couper et de récliner les 3e, 4e et 5e côtes. On trouva dans la plèvre une quantité considérable de sang et sur la face antérieure du poumon, près de son bord antérieur, une plaie d'1 cent. 1/2 de long qu'on suture. En outre, il y avait une plaie du péricarde qu'on ouvre et vide du sang qu'il contient. Le cœur lui-même est intact. Suture sans drainage.

Ultérieurement, la malade eut un peu de fièvre pendant quelques jours et de la dyspnée due à son pneumothorax. Mais peu à peu la malade s'améliora et elle est maintenant tout à fait guérie.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 28 avril, présidée par M. L. Martin.

Du certificat universitaire d'études d'hygiène. — *M. Courmont* dit que l'hygiène, par l'importance qu'elle a prise à notre époque, a, en quelque sorte, débordé la médecine. Bien des questions, en effet, dont s'occupe l'hygiène, échappent à la compétence du médecin, comme, par exemple, la captation des eaux d'alimentation qui exige des connaissances de géologue ou d'ingénieur ; l'enlèvement des eaux usées des villes, où la science de l'ingénieur joue également un rôle fort important, *etc*. Les cours d'hygiène professés dans les facultés de médecine ne sauraient s'occuper des questions techniques ; ils ne peuvent donc être qu'incomplets.

D'où l'utilité de créer des cours qui comblent cette lacune. Il propose, en conséquence, d'émettre le vœu que dans chaque Université il soit créé des cours publics d'hygiène dont les professeurs distribueraient aux plus méritants des *certificats universitaires d'études d'hygiène*.

M. *Calmette* craint que la création de ces certificats ne soit combattue par les médecins praticiens, qui y verraient une concurrence à leurs fonctions. Peut-être devrait-on se borner à donner des certificats d'assiduité qui seraient délivrés par les professeurs. L'important serait de créer des cours d'hygiène non seulement dans chaque Université, mais dans toutes les Facultés. Il faut d'ailleurs, espérer que dans un avenir prochain on aura un *Ministère de la Santé Publique* qui serait au moins aussi utile que le Ministère du travail récemment créé, et qui s'occuperait souverainement de toutes les questions ressortissant à l'hygiène.

M. *Vincay* demande que le vœu émis par M. Courmont soit plus général, et que des cours soient ouverts non seulement dans toutes les Facultés, mais encore dans toutes les grandes écoles.

Après une assez longue discussion, l'assemblée vote les deux vœux suivants :

1° Que l'enseignement de l'hygiène soit prévu dans les programmes d'admission à toutes les grandes écoles ;

2° Qu'il soit créé dans toutes les Universités un cours public d'hygiène, indépendamment de l'enseignement médical officiel.

M. *Ott* lit un long travail sur l'*Inspection départementale d'hygiène* dont la discussion est renvoyée à une séance ultérieure.

A. Pujol.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 23 avril 1909.

A propos du traitement du cancer. — Le Dr *Barbarin*, à propos d'un article paru en janvier 1909 dans le *British Medical Journal*, article où le Dr Becker signale les résultats excellents obtenus dans les cancers inopérables par l'injection sous-cutanée d'hypochlorites de potasse et de soude, méthode qu'il déclare *entièrement nouvelle*, rappelle que depuis 1897, son père, le Dr J. Barbarin et lui, emploient dans ces cas le chlorate de magnésie pris par voie digestive à la dose de 2 à 3 gr. par jour. Il apporte 7 observations, avec succès dans 6 cas.

M. *Cazin* emploie depuis quelque mois les injections sous-cutanées de chlorine, préconisées par M. Becker (de Londres), pour le traitement des cancers inopérables. Il les a employées notamment dans deux cas de cancer de l'utérus inopérables et dans un cas de carcinose généralisée, avec fracture spontanée de l'humérus et du fémur. Il n'a observé jusqu'à présent qu'une amélioration, d'ailleurs très appréciable, de l'état général des malades en traitement.

M. *Bonneau* rappelle que l'action locale des chlorates est connue avantageusement des peauciers et des médecins.

M. *Monnier* présente un cas de rétraction des muscles de l'éminence thénar consécutive à une plaie due à l'application d'un appareil plâtré. Section des muscles — mobilisation forcée — grosse amélioration.

M. *Huguier* présente la poche d'un kyste de l'ovaire dont la rupture par un petit orifice avait donné lieu à une inondation péritonéale sans aucune réaction, sans autre phénomène que l'apparition d'une ascite libre à résorption rapide.

Ensuite une malade qu'il a opérée d'un kyste hydatique du foie dont le début remontait à 30 ans. Il fit *l'extirpation totale* de la poche sans l'ouvrir et la résection de la portion du foie à laquelle adhérait le kyste.

Séance du 30 avril 1909.

A propos du traitement des fractures du radius. — M. *Paul Delbet* relate un cas de consolidation vicieuse d'une fracture du radius immobilisée dans un appareil. La perte de la pronation et de la supination était presque complète. L'ostéotomie a amené une guérison fonctionnelle rapide.

M. *Péraire*, dans un cas analogue, a réséqué la tête du cubitus avec un succès fonctionnel bon et rapide.

M. *Dupuy* insiste sur les mauvais résultats fonctionnels que donne l'immobilisation prolongée de ces fractures dans un appareil plâtré. Au point de vue anatomique, il y a deux sortes de fractures, celles par écrasement ou par pénétration, qu'il faut masser et mobiliser de suite, et celles avec déplacement qu'il faut réduire sous la radioscopie et maintenir réduites avec

un appareil à action continue permettant des séances quotidiennes de traitement fonctionnel.

A propos du traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. — *Judet* lit un rapport sur l'appareil de Lanceet conclut que le traitement de ces fractures doit avoir recours, chez l'adulte, à l'extension continue ; chez l'enfant, moins docile et moins sujet à l'ankylose, l'appareil plâtré thoraco-brachial, maintenant le bras en abduction, lui a donné d'excellents résultats.

Dupuy. — Deux buts doivent guider le chirurgien dans le traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus : la réduction anatomique et la guérison fonctionnelle.

Au point de vue anatomique, on doit distinguer schématiquement :

1° La fracture du col anatomique dans laquelle la tête décapitée prend les positions les plus variables ; 2° La fracture transtubérontaire, dans laquelle ce fragment supérieur est maintenu en abduction complète par le surépineux : 3° La fracture du col chirurgical, dans laquelle ce fragment supérieur, tiré en abduction par le surépineux, tiré en abduction par le sous-scapulaire et le grand rond prend une situation intermédiaire et variable.

La réduction anatomique, dont la guérison fonctionnelle dépend, ne sera obtenue que par un appareil qui permettra de régler et maintenir l'abduction du fragment inférieur (le bras) dans le prolongement de la direction variable du fragment supérieur, en s'éclairant à la lumière de la radioscopie. Avant tout, cet appareil ne doit pas immobiliser l'épaule. Immobiliser, chez l'adulte, l'épaule d'un humérus fracturé, c'est la conduire à l'ankylose, à l'infirmité.

Présentation de malades. — *Péraire* présente avec bon résultat fonctionnel un malade opéré de pied bot varus équin par paralysie infantile. L'opération a consisté en un dédoublement avec suture du tendon d'Achille et du long péronier latéral et anastomose musculo-tendineuse de l'extenseur commun des doigts avec le jambier antérieur.

Présentation d'appareils. — *Lœwy* présente *un appareil pour injections de sérum.*

Bonneau présente *une boîte fontaine à sérum* qui permet d'emporter au domicile de l'opéré dix litres de sérum pour lavages des mains et injections. Cette boîte est facilement stérilisable à l'autoclave, sur un foyer quelconque, facilement transportable et munie d'un robinet maniable au coude.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

Séance du 13 avril 1909.

Physico-diététique : la machine humaine en fonction physiologique normale dans son milieu naturel. — M. *Danjou* (Nice) présente un travail sur l'éducation physique telle que devraient la comprendre les médecins. Le climat et le sol sont des agents physiques naturels dont l'homme subit l'influence nécessaire et prépondérante. Ils se subdivisent en agents composants : air, lumière, hygrométrie, état électrique, de combinaisons variables. L'acte respiratoire, qui provoque l'entrée de l'air dans les poumons, doit être exercé par une gymnastique basée sur la méthode de Ling, laquelle prévient les abus des sports. La peau est également le siège d'une respiration complète, et ne remplit totalement sa fonction qu'exposée à l'air. Les réactions de l'organisme aux différents climats varient suivant les coefficients d'assimilation, etc., intimement liés au mode d'alimentation du sujet. Les intoxiqués chroniques doivent d'abord adopter une alimentation exempte de « purines ». Le climat et les produits de la « Rivieria » offrent des ressources permettant toutes les combinaisons thérapeutiques. En résumé, les principales nécessités qui s'imposent à l'homme de demain, pour lutter contre le surmenage et les raffinements de la civilisation, sont : l'air pur l'aliment pur, l'exercice et le repos dosés et combinés, la respiration méthodique, les soins du corps.

M. Maurice *Faure*, à propos de ce travail, rappelle les efforts faits en France pour relever le niveau scientifique des professeurs de gymnastique dans les lycées de l'Etat et les Ecoles de la Ville de Paris. Il déplore l'indifférence avec laquelle ce mouvement est suivi par le corps médical, qui devrait le diriger, et dont l'intervention serait bien accueillie par les gens du métier.

M. *Saquet* (Nantes) cite l'initiative prise par le Dr Tissié, de Pau, et la création de la Ligue Girondine de l'Education physique. Il reste sceptique sur les bons résultats des tentatives faites à Paris, et la durée des cours officiels lui paraît très insuffisante. Il ne partage pas l'optimisme de M. Faure quant à l'accueil réservé aux médecins dans cette branche de la thérapeutique préventive, qu'on chercherait plutôt, selon lui, à leur enlever.

M. le Prof. *Le Marinel* (Bruxelles) expose le fonctionnement de l'Ecole supérieure d'Éducation physique, telle qu'elle existe en Belgique. N'y sont admis que les diplômés universitaires, les instituteurs et régents des 2 sexes. Le niveau intellectuel des élèves est donc un moyen de relever le prestige des études, dont la durée est de 2 ans.

MM. *Gunsburg* (Anvers), *Kouindjy*, *Wetterwald*, René *Mesnard*, prennent part à la discussion.

L'air chaud comme adjuvant du massage. — M. *Durey* décrit les différentes applications de l'air chaud combiné avec le massage. Sous forme de bains et de douches précédant le traitement manuel, il provoque la dilatation des vaisseaux périphériques, et cette vaso-dilatation préalable faciliterait et renforcerait considérablement l'action du massage.

M. *Kouindjy* combine toujours, dans le traitement de l'entorse, les applications d'eau chaude avec le massage.

M. *Saquet* est également d'avis que l'hydrothérapie chaude raccourcit dans ce cas la durée du traitement.

M. *Rosenblith* admet que, dans l'entorse tibio-tarsienne, le pédiluve chaud est agréable au patient, et dans certains cas au médecin, mais lui conteste toute efficacité quant à la durée du traitement ; tout au plus admettrait-il, avec M. *Hirschberg*, qu'il calme la douleur, résultat qu'un massage bien fait atteint aussi vite. Il n'a employé l'air chaud que dans un cas, sans résultat appréciable. Malgré tout, les faits rapportés par M. Durey, et dans la séance précédente, par M. Dausset (constipation, entéro-colite) sont intéressants, mais ces affections guérissent souvent par n'importe quel traitement.

M. *Bonnier* n'a-t-il pas rapporté des cas traités avec succès par une ou deux cautérisations nasales ?

M. *Le Marinel* distingue, au point de vue pratique : 1° le bain de chaleur local (lumineux ou obscur) qui agit sur une surface étendue ; 2° la douche d'air chaud, qui localise mieux son action ; 3° la douche de vapeur, à effets révulsifs puissants sur la peau, et analgésiants pour les tissus profonds.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du jeudi 15 avril 1909.

M. le Dr *Oudin* présente le rapport dont il a été chargé sur « **Les théories modernes sur le transport de l'électricité à travers les gaz** ». Il est difficile de résumer un sujet aussi abstrait et nous ne pouvons que citer les grandes lignes du travail si clair et si précis que, seul, pouvait faire le distingué physicien qu'est le président de la Société d'Electrothérapie. De même que pour qu'un liquide devienne conducteur, il est nécessaire qu'il renferme des *ions* libres portant des charges électriques ; de même un gaz ne laisse passer un courant que si un certain nombre de ses atomes neutres ont été rompus et ont libéré des corpuscules, les uns négatifs, les autres positifs. Le rapporteur montre par quelles méthodes on a pu mesurer le nombre de ces corpuscules, leur charge, leur vitesse et arriver à une idée assez précise de leur dimension et de leur masse. Il expose comment de ces constatations on est arrivé à cette conclusion que la masse de ces corpuscules, en dernière analyse, est fictive. En somme, il faut admettre que quand l'électricité traverse un gaz, non sous forme d'étincelle mais sous forme de décharge, c'est que ce gaz est ionisé et de plus on constate quand la pression est suffisamment faible pour que, les molécules étant rares, les corpuscules libérés ou *électrons* puissent se mouvoir assez facilement, que ces électrons ont des propriétés physiques particulières. Ces propriétés conduisent à penser que l'électron est en réalité un tourbillon d'éther dont l'inertie est uniquement électro-magnétique ; on en arriverait ainsi à considérer la matière réduite à sa plus simple expression comme une manifestation de l'énergie.

M. Dève présente une communication **sur l'emploi des radiations de courte longueur d'onde dans le traitement des affections pulmonaires.** Il utilise systématiquement l'érythème produit par la lampe à vapeur de mercure comme révulsif dans les affections thoraciques ; il lui attribue les avantages suivants : commodité de maniements, efficacité certaine, rapidité d'application, dosage facile. Il propose l'emploi du bain général de lumière actinique comme modificateur de l'organisme dans les affections chroniques et en particulier dans la tuberculose.

M. Laquerrière signale que le premier cas de cancer traité par l'effluvation (de statique) est dû à Cavallo, de Londres, qui, il y a 150 ans (1760) avait constaté, sous l'influence de cette médication, que les douleurs avaient beaucoup diminué et que la tumeur s'était beaucoup circonscrite. En ce qui concerne les tuberculoses chirurgicales, le chapitre *tumeur blanche* du livre de Sigaud La Fond (1803) contient de nombreuses observations où on a employé soit l'effluve, soit l'étincelle (de statique) avec d'excellents résultats ; mais il faut remarquer que le détail de ces observations ne démontre pas d'une façon formelle qu'il s'agissait bien de tuberculose.

M. Gaiffe présente le *convertisseur Cooper Hevritt* qui permet de transformer facilement sans perte sérieuse et avec un appareil ne demandant ni entretien, ni surveillance, le courant alternatif en courant continu dans les installations médicales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 22 avril 1909.

Solutions sucrées isotoniques pour injections massives. — Rappelant les accidents que peuvent provoquer les injections de sérum artificiel, mêmes isotoniques. MM. J. *Labougle* et *Boutin* proposent de remplacer le NaCl par du sucre. A la dose de 10 grammes 30 de sucre pur (candi) pour 100 gr. d'eau distillée, ils donnent une solution parfaitement isotonique ayant un degré cryoscopique égal à celui du sérum sanguin, sans toxicité, et qui fut employée à dose massive et avec le plus grand succès chez des malades graves : typhoïdiques, paludéens, septicémiques.

Ces injections sucrées ont les mêmes effets favorables que les injections de sérum salé, sans en présenter les dangers ; on peut les utiliser sans crainte, même chez des sujets ayant de l'albuminurie ; elles provoquent en outre une diurèse extrêmement abondante. La seule contre-indication est le diabète.

Les procédés d'épuration des eaux en campagne. — Au cours de cette discussion une part importante a été faite à la stérilisation par l'ozone. Mais un des inconvénients de ce procédé est de nécessiter des appareils délicats, volumineux, d'un transport difficile.

M. *Romary* rappelle qu'il est possible de produire l'ozone par différents procédés chimiques, en particulier par la décomposition des persulfates alcalins. Il pense qu'on pourrait obtenir des ampoules dosées ou mieux encore des comprimés dont l'emploi serait des plus faciles.

Une autre méthode, qui paraît destinée à donner d'heureux résultats. est la stérilisation par les rayons ultra-violets, à l'aide de lampes en quartz à vapeur de mercure, dont les premiers résultats ont été exposés par MM. J. Courmont et Th. Nogier à l'Académie des sciences.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. *Em. Rouyer*, contrairement à l'opinion émise précédemment par M. Laplanche, ne croit pas que l'infection des mains joue un rôle important dans l'étiologie de la F. T. Il est convaincu que, le plus souvent, même dans les cas isolés, le rôle funeste de l'eau peut se retrouver à l'origine des atteintes de fièvre typhoïde. Il cite plusieurs observations suggestives à l'appui :

Vingt jours après une manœuvre aux environs de Vouziers, trois hommes sont morts simultanément de fièvre typhoïde. L'enquête montre qu'ils ont bu l'eau d'un puits situé à proximité des latrines d'une maison où ils avaient cantonné et où se trouvait une femme en pleine évolution de dothiénentérie.

Deux chasseurs à pied de Saint-Dié, un soldat ordonnance du train, au cours de manœuvres de garnison, consomment, malgré les défenses rigoureuses, l'eau de puits reconnus contaminés. Seuls, de tous leurs camarades, ils contractent la fièvre typhoïde. Aussi l'auteur conclut-il que s'il fait bien de veiller attentivement à la propreté de la bouche et des mains des hommes, le médecin doit toujours mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour faire consommer aux soldats de l'eau pure ou assainie.

M. *Hémery* relate une épidémie localisée, observée à Sedan, à la suite de réparations intérieures pratiquées dans une maison. Les travaux mirent à jour une ancienne fosse d'aisance inutilisée depuis 30 ans, dont l'existence était insoupçonnée et qui dût être vidée en raison de l'importance du contenu et des émanations qu'elle dégageait. L'évacuation des matières se fit par le couloir et la porte d'entrée de l'immeuble. Successivement, 6 personnes, dont 4 habitant la maison et 2 terrassiers, contractèrent la fièvre typhoïde.

M. *Rudler* fait une communication sur les rapports de la fièvre typhoïde de l'homme et du cheval. Certains auteurs ayant cru voir une corrélation entre des épidémies de fièvre typhoïde et des épizooties similaires signalées chez le cheval, M. Rudler, appuyé par les avis autorisés des professeurs Cadet et Leclainche, démontre qu'il n'y a aucun rapport étiologique entre ces deux affections.

Rein unique. — M. *Scherrer* présente un rein anormal trouvé à l'autopsie d'un malade mort de pneumonie compliquée de méningite.

Ce rein était unique, lobulé, de forme générale quadrilatère, et s'étendait transversalement au devant de la 1re vertèbre lombaire. Il présentait 2 pédicules vasculaires et 2 uretères, le gauche sensiblement plus développé que le droit. H. BILLET.

ANALYSES

Sur l'hydrorrhée ; par FELLENBERG. (*Zentr. für Gyn.*, 1908, n° 47.)

Une femme de 30 ans eut, la 24e semaine de sa grossesse, un écoulement d'eau qui persista 94 jours. Puis, mort du fœtus et accouchement prématuré. Version. Exposition transversale. Le fœtus était macéré et hydrocéphale. L'auteur tient le placenta marginal comme une suite secondaire de l'hydrorrhée. La thérapeutique est impuissante contre l'hydrorrhée. Le plus souvent l'enfant meurt ou il y a accouchement prématuré. Le pronostic doit être très circonspect. C.

Recherches des œufs de parasites dans les fèces ; Par TELEMAM. (*Deutsche med. Woch.* 1908, p. 908.)

Prendre dans différentes portions des matières à examiner plusieurs fragments qu'on réunit de façon que le volume total soit de la grosseur d'un pois ; délayer cette prise d'essai dans un mélange à parties égales d'éther et d'acide chlorhydrique : l'éther dissout les matières grasses et les acides gras libres ; l'acide chlorhydrique dissout la mucine, les phosphates, les sels de chaux, etc. ; passer sur un linge peu serré pour retenir les particules les plus grossières non dissoutes ; centrifuger le filtrat ; après quoi, on obtient une couche supérieure, la couche éthérée ; au-dessous, se trouve la couche constituée par l'acide chlorhydrique ; enfin, au fond du tube s'est formé un dépôt très faible, dans lequel on trouve les œufs de parasite, s'il y en a dans les selles. Il est facile de déterminer au microscope la nature de ces œufs. C.

Le fer au lieu du bismuth, pour l'examen aux rayons X ; par le Dr KARL TAEGE, de Fribourg-en-Bavière. (*Münch. med. Woch.*, n° 15, p. 758.)

C'est pour confirmer pleinement le procédé déjà proposé par le professeur Lewin (*ibid.*, n° 13), en employant le fer magnétique naturel. L'auteur, M. Taege, a utilisé ce métal depuis plusieurs mois, en visant non pas la toxicité, mais la cherté du bismuth. D'ailleurs la toxicité du bismuth (carbonate) est à mettre en doute par les recherches de l'auteur qui s'ajoutent à l'expérience du Dr Weingartner et à celle du Prof. Determann.

C'est le protoxyde de fer qui convient le mieux, comme répondant aux deux conditions : contenir le plus possible de fer et

être relativement insoluble dans l'estomac. Or le protoxyde renferme 72,41 % de fer, et ne donne que des traces en solution.

Il n'a qu'un inconvénient, c'est de n'être pas dans les pharmacies comme préparation officinale : il faut le pulvériser, de sorte que le mieux est en définitive, d'après M. Taege, d'employer l'*oxyde rouge de fer*. C.

Technique et indications du lavage de l'estomac; par Ageron. (*Münch. med. Woch.*, 1909, n° 12.)

Il faut d'abord déterminer d'une façon précise la situation de la grande courbure, car dans la dilatation et la gastroptose, la sonde peut rester suspendue, et l'eau de lavage ne pas revenir ou seulement en partie ; la position s'obtient par les rayons X.

D'autre part, il ne faut pas verser trop de liquide à la fois, il suffit de 250 c. c. chaque fois, et en répétant ces petites doses, on finit par vider complètement l'estomac. Dans les lavages de diagnostic, il peut arriver que, le malade se contractant fort, le liquide sorte clair. Dans ce cas il faut encore pousser la sonde qui peut être un peu ressortie, de façon à atteindre les parties les plus profondes et ramener alors du liquide résiduel. s'il y en a. Ces indications du lavage sont : 1° but de diagnostic, 6 à 7 h. après un repas d'épreuve ou à jeun ; 2° but de guérison (gastroptose avec insuffisance motrice, etc.) Les contre-indications sont connues de tous. C.

Les effets toxiques du sous-nitrate de bismuth; Par Bech. (*J. of the Am. med. Ass.*, 2 janvier 1909.)

Les effets toxiques du sous-nitrate de bismuth sont si rarement observés qu'en général ce sel est jugé inoffensif. Mühlig a pu l'administrer à la dose de 20 gr. par jour pendant longtemps sans produire aucun effet nocif. Aussi, en radiographie l'utilise-t-on communément à des doses de 40 gr. en une seule prise. La première observation d'empoisonnement est celle de Kocher (1882) qui montre que le bismuth, appliqué sur des plaies à large surface, pouvait parfois déterminer une stomatite aiguë, avec catarrhe intestinal douloureux, diarrhée, et néphrite dans les cas graves. La muqueuse gingivale est parsemée de taches noirâtres qui peuvent envahir toute la bouche et persistent plus ou moins longtemps. Peterson, Mühlig, ont observé des cas analogues. On a rapporté des cas de mort chez de jeunes enfants qui, quelques heures après l'absorption du sel, furent pris de cyanose, d'angoisse et de dyspnée intense. Cet empoisonnement ressemble à celui provoqué par les nitrites. Des recherches faites à ce sujet, il semble que le sous-nitrate de bismuth donne des nitrites dans l'intestin (spécialement au niveau de l'anse sigmoïde et du rectum), sous l'influence des fermentations. Ces nitrites peuvent se transformer en ammoniaque par l'action de certaines bactéries (Maasen). Lorsqu'ils sont très abondants, ils sont absorbés rapidement et déterminent des effets toxiques. Administré à petites doses, le sous-nitrate de bismuth est donc inoffensif ; mais il faudra s'en méfier chez les enfants ou les malades présentant des troubles relevant de fermentations intestinales. L'alcool et la glycérine favorisent la transformation du sous-nitrate en nitrite ; l'iode, au contraire, s'y oppose, on devra donc en administrer en cas d'accident. Laroche.

Traitement de la névralgie sciatique par injections profondes périnévritiques de solutions salées; par D. Orsay Hecht. (*The Journ. of. the Am. med. Ass.*, 6 fév. 1909.)

L'auteur rapporte des cas personnels d'injections profondes intraveineuses ou périnévritiques de solutions salées, sous pression, dans le nerf sciatique. Les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus dans le traitement de la névralgie du V par injections d'alcool par la méthode de Lévy et Baudoin l'ont engagé à chercher un traitement analogue de la sciatique Il en rapporte 16 cas. Sur 7 malades, 3 furent complètement guéris après une injection et le restèrent définitivement ; un autre reçut 2 injections, 2 autres, trois, et le dernier, cinq injections. Dans un cas de sciatique symptomatique d'un cancer du bassin, la douleur disparut à la 2e injection ; dans un autre cas où il s'agissait de névralgie sciatique bilatérale chez un diabétique, il resta indemne pendant six semaines, après 2 injections, puis arrivait une récidive. C'est Lange, de Leipzig, qui le premier essaya ce traitement pour calmer la douleur. Hecht récuse les injections d'alcool que différents auteurs ont essayées sans succès dans le traitement de la névralgie sciatique. Sa méthode consiste à injecter des solutions salées isotoniques à la dose de 80 à 120 cc. à la température du corps, ou de 10 à 20 cc. à 0° (Schlesinger). On peut trouver le nerf soit dans l'espace ischiotrochantérien, soit à la cuisse, soit plus bas, au niveau du col du péroné (sc. popl. externe).

La technique qu'il recommande consiste à relier par une ligne l'articulation sacro-cococygienne et le bord postéro-externe du grand trochanter. A l'union du 1/3 interne et des 2/3 externes de cette ligne on trouve l'épine sciatique, à un pouce en dehors, on enfonce lentement l'aiguille perpendiculairement à la peau ; le nerf est à une profondeur de 4 à 5 cm. ou de 8 à 10 cent. Le malade est couché sur le ventre ou latéralement, la jambe repliée. Lorsqu'on arrive sur le nerf, le malade ressent une vive douleur, suivie d'une secousse musculaire dans le membre inférieur. On pousse alors lentement l'injection. Il ne se produit pas de complications, sauf parfois une légère élévation de T. Le pronostic est excellent d'après ses expériences, et les statistiques de Lange, Bum (63 % de succès) Schlesinger. Laroche.

Le diagnostic de la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde; par Alfred Jérome Brown. (*J. of the Am. med. Ass.*, 27 février 1909.)

L'auteur fait ressortir l'importance et la fréquence de cette complication, puisque d'après Taylor, aux Etats-Unis, on estime que 25.000 personnes meurent annuellement de perforation intestinale sur 500.000 cas de fièvre typhoïde. Il insiste sur l'importance du diagnostic précoce et de l'opération immédiate, et il ajoute à la clinique deux succès nouveaux sur lesquels il attire l'attention. Le premier consiste à placer le stéthoscope dans la fosse iliaque droite et à l'enfoncer assez brusquement ; on entend alors un très fin craquement analogue à des râles crépitants ou au frottement de deux surfaces muqueuses l'une contre l'autre. Ce signe a été observé 3 fois sur 7 cas ; il l'attribue au contact provoqué artificiellement des surfaces péritonéales enflammées. Il ne l'a jamais trouvé sur plus de 2 pouces de large ; et jamais plus de 4 heures après le début des premiers symptômes, probablement parce que les gaz empêchent alors le contact des surfaces enflammées. Le second signe consiste dans le déplacement rapide de la zone douloureuse vers le côté où le malade est couché. Il conseille, lorsque survient une brusque sensation douloureuse au cours d'une fièvre typhoïde, de faire coucher le malade du côté opposé, et si la douleur s'étend rapidement, en 1/4 d'heure à 1/2 heure, vers le côté sain, on peut porter le diagnostic de perforation. Il explique ce fait par l'épanchement en dehors de l'intestin d'une quantité plus ou moins grande de liquide qui se dirige vers les points déclivés et détermine une irritation locale du péritoine sur son passage. Laroche.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Médications nouvelles pour 1909, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris ; préface de H. Huchard, de l'Académie de Médecine, 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné: 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

On ne saurait présenter de meilleur compte rendu qu'en reproduisant ici la préface que M. Huchard a consacrée à cette quatrième édition :

« La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications. » Telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles, les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifébriles, antiinfectieuses, antinévralgiques et antirhumatismales, antisyphilitiques et antituberculeuses ; sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques ; sur les diverses opothérapies, la pho-

tothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphtérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d'un membre de ma chère famille médicale, puisque l'auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d'hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase : « De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique ».

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté. C'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 21e édition ! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j'ai l'honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades. C.

L'examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. Son application à la pratique journalière et les résultats pour le diagnostic et la thérapeutique ; par le Dr Ad. Schmidt, professeur à l'Université de Halle, traduit par le Dr Robert S. Kolbé, de Châtel-Guyon, ancien professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. (Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un vol. in-8° avec 20 figures dans le texte et 3 planches en couleurs : 5 fr.)

La gastropathologie possède, depuis quelques vingt ans déjà, des méthodes simples et accessibles au praticien même le plus occupé. On n'en avait pas d'analogues pour l'étude clinique des entéropathies aussi fréquentes qu'obscures. *Schmidt et Strasburger* se sont, depuis de longues années, efforcés d'appliquer la même méthode pour l'entéropathologie et sont arrivés, petit à petit, à créer un *procédé coprologique rationnel*, basé sur un *régime d'épreuve* constant, commode et simple, qui fournit une *selle normale* (selle type), *conditio sine qua non* de l'étude comparée de la fonction intestinale normale et pathologique.

Le praticien trouvera condensé et clairement exposé dans ce manuel de *Schmidt* tout ce que la *pratique journalière a consacré pour le diagnostic et le traitement diététique et médicamenteux des troubles intestinaux les plus divers : entéropathies gastrogènes, hépatogènes, pancréatogènes et indépendantes, troubles de la motilité, de la sécrétion et de la résorption, et d'ordre nerveux, etc.* Des planches coloriées et de nombreuses gravures dans le texte renseignent clairement et le médecin et le malade lui-même sur l'état des « selles normales » et des « selles pathologiques » dans certaines entéropathies caractéristiques. En effet, l'*examen macroscopique rationnel* après un « régime d'épreuve » constant et bien choisi pour solliciter la fonction globale et dédoublée de l'appareil digestif, est la partie essentielle de l'*analyse coprologique clinique*.

En un mot, l'examen fonctionnel de l'intestin sous une forme succincte, tel qu'il est exposé ici, est à la portée de tout médecin spécialiste et du praticien qui y trouvera un élément sémiotique et thérapeutique précieux au chevet des malades. Il est rapide, il n'exige pas plus de dix minutes. Il ne demande aucun arsenal de laboratoire compliqué ni une éducation spéciale. Il constituera désormais un complément aussi indispensable en clinique que les examens courants des urines, des crachats, du sang, etc., etc.

Le docteur Kolbé, de Châtel-Guyon, nous donne une traduction élégante de cet intéressant ouvrage utile aux praticiens modernes, non sans y avoir apporté une contribution personnelle par de judicieuses annotations fondées sur une expérience consommée en la matière. C.

Les fonctions nerveuses. Les fonctions bulbo-médullaires ; par W. Bechterew, professeur de psychiâtrie à l'Université de Saint-Pétersbourg. (1 volume in-18 jésus, cartonné toile, de 400 pages, avec figures dans le texte. Prix : 5 fr. (Bibliothèque de physiologie. Encyclopédie scientifique, chez O. Doin et fils, éditeurs, Paris.)

Le premier volume du magistral traité des Fonctions nerveuses, publié par Bechterew dans la Bibliothèque de Physiologie de l'E. S., traite de la moelle et du bulbe comme organes de sensibilité et de mouvement : il est donc consacré pour la plus grande part à l'étude des réflexes, dont la complexité et l'importance capitale, tant au point de vue purement physiologique qu'au point de vue médical, n'ont pas besoin d'être soulignées. Il apporte une mise au point tout à fait complète, et qui, pour beaucoup de problèmes, renouvelle entièrement nos connaissances : Le livre de Bechterew constitue en effet une véritable révélation de travaux russes aussi nombreux qu'importants, et qui n'étaient point même soupçonnés en France, à cause de la barrière des langues ; travaux dont la plupart étaient justement inspirés par Becterew, qui a toujours eu le souci, dans l'intelligente direction des recherches de ses élèves, de faire servir des efforts épars à une œuvre systématique d'ensemble dont il effectue, dans son ouvrage, la remarquable synthèse.

Ainsi peut-on affirmer qu'il est désormais impossible de s'occuper des fonctions réflexes bulbo-médullaires sans avoir constamment entre les mains ce livre du neurologiste russe, dont la réputation universelle est bien connue. G. M.

Hôpitaux de Paris.

Consultations externes des hôpitaux et hospices.— Jours et heures.

I. — Médecine et chirurgie générales. — Tous les jours (dimanches et fêtes compris) dans les établissements ci-après : (Entrée du public : de 8 heures à 9 heures du matin).

1° *Adultes*. — *Hôtel-Dieu*. Médecine, docteur Sicard. Chirurgie, docteur Labey. — *Pitié*. Médecine, docteur F. Ramond. Chirurgie, docteur P. Fredet. — *Charité*. Médecine, docteur Milian. Chirurgie, docteur Gosset. — *Saint-Antoine*. Médecine, docteur Lereboullet. Chirurgie, docteur Lapointe. — *Necker*. Médecine, docteur Sergent. Chirurgie, docteur Guibé. — *Cochin*. Médecine, docteur Guillain. Chirurgie, docteur Duval. — *Beaujon*. Médecine, docteur Gasne. Chirurgie, docteur Herbet. — *Lariboisière*. Médecine, docteur A. Bergé. Chirurgie, docteur B. Cunéo. — *Tenon*. Médecine, docteur G. Brouardel. Chirurgie, docteur Chevrier. — *Laënnec*. Médecine, docteur M. Labbé. Chirurgie, docteur Baumgartner. — *Bichat*. Médecine, docteur, A. Laffitte. Chirurgie, docteur Lecène. — *Broussais*. Médecine, docteur Carnot. Chirurgie, docteur Viart. — *Boucicaut*. Médecine, docteur L. Fournier. Chirurgie, docteur Dujarier. — *Saint-Louis*. Chirurgie seulement, docteur Lenormant. — *Andral*. Médecine seulement, docteur Jousset.

2° Enfants. — *Enfants-Malades* : Médecine : lundi, 9 heures, professeur Hutinel ; mardi, 9 heures, docteur Comby ; mercredi, 9 heures, docteur Richardière ; jeudi, 9 heures, docteur Marfan ; vendredi, 10 heures, docteur Aviragnet ; samedi, 9 heures, docteur Méry ; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les six médecins. — Chirurgie : lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, professeur Kirmisson. ; mardi, jeudi, samedi, 10 heures, docteur Broca ; dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux chirurgiens. — *Bretonneau* : Médecine : mercredi, 10 heures, docteur P. Boulloche ; jeudi, 9 heures, docteur Louis Guinon ; dimanche, 10 heures, à tour de rôle par les deux médecins ; lundi, mardi, vendredi, samedi, 10 heures, docteur Papillon, médecin des hôpitaux. — Chirurgie : tous les jours, 10 heures, docteur Villemin. — *Trousseau* : Médecine : mercredi, 9 heures, docteur Netter ; jeudi, 9 heures, docteur Triboulet; lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche, 9 heures, docteur Rits, médecin des hôpitaux. — Chirurgie : tous les jours, 9 heures, docteur Savariaud. — *Hérold* : Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, docteur H. Barbier. mardi, jeudi, samedi, 9 heures, docteur Lesage : dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux médecins. — *Enfants-Assistés* : Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, docteur Variot. — Chirurgie : mardi, jeudi, samedi, 10 heures, docteur Jalaguier. — *Saint-Louis* (hôpital temporaire d'enfants) : Chirurgie : tous les jours, 9 heures, docteur Ombrédanne.

II. — Maladies spéciales. — *Femmes enceintes*. *Pitié*. Tous les jours, 10 heures, docteur Potocki. — *Charité*. Lundi, vendredi, 9 heures, docteur L. Tissier. — *Saint-Antoine*. Mardi, vendredi, 9 heures, docteur Doléris. — *Beaujon*. Tous les jours, 2 heures, docteur, Ribemont-Dessaignes. — *Lariboisière*. Tous les jours, 9 heures, docteur Bonnaire. — *Tenon*. Tous les jours, 9 heures, docteur Démelin. — *Boucicaut*. Tous les jours, 9 heures, docteur Lepage. — *Saint-Louis*. Tous les jours, 9 heures, docteur Boissard. — *Maternité*. Mardi, samedi, 9 heures, docteur Maygrier. — Tous les jours, 1

heure soir, sage-femme en chef. Lundi, jeudi, samedi (avec enfants du 1er âge malades), 10 heures, docteur Dufour. — *Baudelocque.* Tous les jours, de 8 heures du matin à 6 heures du soir, professeur Pinard. — *Tarnier.* Lundi, vendredi, 3 heures soir, mercredi, 9 heures matin, professeur Bar.

Gynécologie (maladies des femmes). — *Hôtel-Dieu.* Lundi, mercredi, samedi, 8 h. 1/2, professeur Reclus. — *Pitié* : mercredi, 9 heures, docteur P. Dalché ; lundi, vendredi, 10 heures, docteur Potocki. — *Charité*: mercredi, samedi, 9 heures, docteur Mauclaire. — *Saint-Antoine* : mardi, samedi, 9 heures, docteur Siredey ; lundi, jeudi, 9 heures, docteur Ricard. — *Necker* : lundi, samedi, 9 heures, professeur Pierre Delbet ; mercredi, vendredi, 9 heures, docteur Routier. — *Cochin.* Lundi, mercredi, vendredi, 8 heures et demie; docteur Faure. — *Lariboisière.* Mardi, samedi, 9 heures, docteur Bonnaire. — *Tenon.* Lundi, jeudi, 9 heures, docteur Souligoux. — *Bichat.* Lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, docteur Hartmann. — *Broussais.* Vendredi, 9 h. 1/2, docteur Potherat. — *Boucicaut* : lundi, jeudi, 10 heures, docteur Nélaton. ; mardi, samedi, 9 heures 1/2, docteur Lepage. — *Saint-Louis* : lundi, 9 heures, docteur Beurnier ; jeudi, 9 heures, docteur Rochard. — *Broca.* Tous les jours, 9 heures, professeur Pozzi. — *Maternité.* Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Maygrier. — *Baudelocque.* Mardi, jeudi, samedi, 9 heures, professeur Pinard. — *Tarnier.* Jeudi, 9 heures, professeur Bar. — *Salpêtrière*

Nourrissons. — *Maternité.* Mercredi, 9 heures, docteur Maygrier. — *Tarnier.* Lundi, vendredi, 9 heures, professeur Bar. — *Pitié.* Mercredi, 10 heures, docteur Potocki. — *Charité.* Mardi, 8 h. 1/2, docteur L. Tissier. — *Saint-Antoine.* Mercredi, 9 heures, docteur Doléris. — *Lariboisière.* Dimanche, 9 heures, docteur Bonnaire. — *Boucicaut* .Jeudi, 9 h. 1/2, docteur Lepage. — *Saint-Louis.* Mardi, mercredi, 9 heures, docteur Boissard. — *Enfants-Malades.* Mardi, 10 heures, docteur Marfan ; mercredi, 10 heures, professeur Hutinel ; jeudi, 10 heures, docteur Méry ; vendredi, 10 heures, docteur Richardiere. — *Trousseau.* Samedi, 9 heures, docteur Triboulet.

Maladies cutanées et syphilitiques. — *Saint-Louis* : lundi, matin, 9 heures, docteur Danlos ; lundi, soir, 2 heures, professeur Gaucher ; mardi matin, 9 heures, docteur Balzer ; mardi soir, 1 heure, docteur Brocq ; mercredi matin, 9 heures, docteur de Beurmann ; mercredi soir, 1 heure, docteur Thibierge ; jeudi matin, 9 heures, docteur Thibierge ; jeudi, soir, 1 heure, docteur Danlos ; vendredi matin, 9 heures, docteur Brocq ; vendredi soir, 1 heure, docteur Balzer ; samedi matin, 9 h., professeur Gaucher ; samedi soir, 1 heure, docteur de Beurmann ; dimanche matin, 9 heures, à tour de rôle par les six médecins. — *Cochin-Annexe* : lundi matin, 9 heures, docteur Michon ; lundi soir, 8 heures, docteur Hudelo ; mardi matin, 9 heures, docteur A. Renault ; mardi soir, 8 heures, docteur Queyrat ; mercredi matin, 9 heures, docteur Queyrat ; mercredi soir, 8 heures, docteur Griffon, médecin des hôpitaux ; jeudi matin, 9 heures, docteur Michon ; jeudi soir, 8 heures, docteur Hudelo ; vendredi matin, 9 heures, docteur A. Renault ; vendredi soir, 8 heures, docteur Queyrat ; samedi matin, 9 heures, docteur Queyrat ; samedi soir, 8 heures, docteur Griffon, médecin des hôpitaux. ; dimanche matin, 9 heures, à tour de rôle : MM. les docteurs A. Renault, Queyrat et Michon. — *Broca* : mardi, jeudi, samedi, 9 heures, docteur Janselme ; lundi, mercredi, vendredi, 9 h., docteur Darier. — *Saint-Antoine.* Mardi, samedi, 10 heures, docteur Jacquet. — *Tenon.* Lundi, jeudi, 10 heures, docteur Hudelo.

Maladies des yeux. — *Hôtel-Dieu.* Tous les jours, 9 heures, professeur de Lapersonne. — *Saint-Antoine.* Lundi, mercredi, jeudi, samedi, 9 heures, docteur Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux. — *Beaujon.* Tous les jours, 9 heures, docteur Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux. — *Lariboisière.* Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes), 9 heures, docteur Morax. — *Laënnec.* Tous les jours, 9 heures, docteur Rochon-Duvignaud. — *Enfants-Malades.* (pour enfants seulement). Tous les jours, 9 heures, docteur Terrien. — *Boucicaut.* Mercredi, samedi, 9 heures, docteur Letulle. — *Enfants-Assistés* (pour enfants seulement). Mardi, samedi, 1 heure, docteur Jalaguier.

Maladies des voies urinaires. — *Necker.* Tous les jours, 9 heures (hommes et femmes), professeur Albarran.— Beaujon. Lundi jeudi 9 heures (hommes), mercredi, samedi, 9 heures (femmes), docteur Bazy. — *Lariboisière.* Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes), 9 heures, docteur Marion.— *Laënnec.* — Mardi, samedi, 9 h. 1/2, docteur Legueu.— *Bichat.*Mardi, jeudi, samedi, 10 heures, docteur Hartman. — *Broussais.* Jeudi, 9 h. 1/2, docteur Potherat.

Orthopédie. — *Saint-Louis* (hôpital temporaire d'enfants). — Samedi, 9 heures, docteur Ombrédanne. — *Enfants-Malades.* Jeudi, 10 heures, professeur Kirmisson. — *Bretonneau* (pour enfants seulement), lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, docteur Villemin.

Maladies générales et nerveuses. — *Necker.* Jeudi, 10 heures, docteur Achard.

Maladies mentales et nerveuses. — *Salpêtrière* : lundi, 8 heures, docteur Séglas ; mardi, 8 h. 1/2, professeur Raymond ; mercredi, 9 h.1/4 docteur Déjerine ; vendredi, 10 heures, docteur Deny ; samedi, 9 h. 1/4 docteur. J. Voisin ; dimanche, 8 heures docteur Seglas.— *Hôtel-Dieu.* Samedi, 9 h. 1/2, docteur Brissaud. — *Pitié.* Mercredi, 10 heures, docteur Babinski.— *La Rochefoucauld.* Vendredi, 10 heures, docteur Dupré.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — *Saint-Antoine.* Mardi, jeudi, samedi, 8 heures, docteur Lermoyez. — *Lariboisière.* Lundi, mardi, vendredi, samedi, 9 heures, docteur P. Sébileau. — *Hôtel-Dieu.* Mardi, samedi, 4 heures, professeur Reclus. — *Bichat.* Lundi, vendredi, 9 h. 1/2, docteur Hartmann. — *Boucicaut.* Mardi, vendredi 11 heures, docteur Letulle. — *Enfants-Malades* (pour enfants seulement). Mardi, jeudi, samedi, 10 heures, docteur Broca. — *Enfants-Assistés* (pour enfants seulement). Mercredi, 10 heures docteur Jalaguier.

Maladies des voies respiratoires. — *Necker.* Mercredi, 9 heures et demie, docteur Barth.

Maladies du cœur. — *Hôtel-Dieu* : mardi, 9 heures, docteur André Petit ; jeudi, 10 heures, docteur Muselier. — *Pitié.* Mardi, 9 heures, docteur Louis Rénon. — *Saint-Antoine.* Jeudi, 9 heures et demie, docteur Vaquez. — *Necker.* Mardi, 9 heures, docteur Huchard. — *Laënnec.* Vendredi, 10 heures, docteur Barié.

Maladies du thorax et de l'abdomen. — *Beaujon* : jeudi, 10 heures et demie, professeur Debove ; mercredi, 10 heures, docteur Tuffier. — *Laënnec* ; lundi, 10 heures, professeur Landouzy ; jeudi, 10 heures, docteur Bourcy. — *Saint-Louis* : dimanche, 9 heures, docteur Rochard ; mercredi, 10 heures, docteur Beurnier

Maladies de l'estomac ,du tube digestif et de la nutrition. — *Pitié.* Lundi, 9 heures, docteur Lion. — *Saint-Antoine* : tous les jours, 9 h., docteur Mathieu ; mercredi, 9 h. 1/2, docteur Le Noir. ; vendredi, 9 heures, professeur Hayem. — *Tenon.* Samedi, 9 heures et demie, docteur Parmentier.— *Broussais.* Mercredi, 10 heures, docteur Gilbert.

Maladies de l'estomac et de l'intestin. — *Broussais.* Mercredi, 9 heures 1/2, docteur Œttinger.

Maladies professionnelles (intoxications provenant de certaines professions). — *Saint-Antoine.* Le premier dimanche de chaque mois, 9 heures, docteur Le Noir. — *Lariboisière.* Mercredi, 9 heures, docteur Le Gendre.

Maladies du foie et des veines. — *Necker.* Lundi, 10 heures, docteur Hirtz.

Maladies du foie et des reins. — *Saint-Antoine.* Mercredi, 9 heures, docteur Legry.

Examen clinique des maladies justiciavbles de la radiothérapie et de la radiumthérapie. — *Saint-Antoine.* Tous les jours, 9 h. 1/2, docteur *Béclère.*

Examen radioscopique. — *Saint-Antoine.* — Samedi, 10 heures, docteur Béclère.

Maladies des dents.— *Hôtel-Dieu.* Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Cruet. — *Pitié.* Jeudi, samedi, 9 heures 1/2, docteur Roy. — *Charité.* Mardi, samedi, 9 heures, docteur Moiroud. — *Saint-Antoine.* Mardi, vendredi, 9 heures, docteur Rousseau. — *Necker.* Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Brochard.— *Beaujon.* Mercredi, samedi, 9 heures, docteur Ferrier. — *Lariboisière.* — Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Rodier. — *Tenon.* Mardi, vendredi, 9 heures, docteur Chompret. — *Saint-Louis.* Mardi, samedi, 9heures, docteur Queudo. *Enfants-Malades* (pour enfants seulement). Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Galippe. — *Bretonneau.* Lundi, vendredi, 9 heures, docteur Bouvet. — *Trousseau.* Mardi, vendredi, 10 heures, docteur Jarre. — *Hérold.* Mardi, jeudi, 9 heures, docteur Sauvez. — *Enfants-Assistés.* Lundi, vendredi, 9 h. 1/2, docteur Thomas.

Appareils orthopédiques et bandages. (Délivrance aux personnes munies d'un certificat émanant du bureau de bienfaisance de leur arrondissement). — *Hôtel-Dieu.* Mercredi, 10 heures, professeur Kirmisson (orthopédie). — *Hôtel-Dieu.* Mardi, samedi, 10 heures, docteur Beurnier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les œdèmes du larynx ;

Par les Drs Henri BOURGEOIS et Léon EGGER.

L'œdème est la distension des espaces conjonctifs par une infiltration de sérosité.

La sérosité de l'œdème ne représente pas une simple augmentation en quantité de la lymphe qui emplit normalement les espaces conjonctifs, elle en diffère chimiquement et histologiquement puisqu'elle est une production morbide. Cette réserve faite, on peut définir l'œdème : la distension des espaces conjonctifs par une exagération de production ou de rétention de la lymphe qui s'y trouve normalement contenue.

Cette lymphe provient du sérum sanguin, elle filtre à travers les parois des capillaires artériels, elle abandonne les tissus pour rentrer dans la circulation générale selon deux voies : la voie veineuse, la voie lymphatique.

Les causes susceptibles de modifier la quantité et la qualité de cette lymphe sont multiples, mais avec Lœper on peut les ramener à quatre.

« Forces mécaniques qui sont transmises par l'appareil circulatoire ; forces nerveuses qu'apportent les nombreuses arborisations nerveuses qui pénètrent ou entourent capillaires et cellules ; forces physiques, grâce auxquelles se font les échanges osmotiques ; forces vitales, activité cellulaire qui permet les dédoublements moléculaires et les transformations chimiques. »

Pouvons-nous mettre en parallèle de ces quatre groupes de forces influant sur la formation et la résorption de la lymphe quatre groupes d'œdèmes qui leur correspondraient : œdème mécanique, œdème par rétention chlorurée, œdème par irritation des endothéliums capillaires, œdème nerveux ?

Une pareille classification serait tout à fait erronée, nous verrons que presque toutes les variétés d'œdèmes observés en clinique résultent d'un mécanisme complexe : si l'œdème brightique du larynx est causé par la rétention chlorurée, il l'est aussi par le coup de froid qui trouble sa circulation locale, qui crée la virulence et le développement des microbes parasites de la gorge ; si l'œdème infectieux est dû à l'action des bactéries, il est favorisé par les troubles circulatoires, par les altérations cellulaires que créent le froid, le surmenage vocal, les infections répétées ; les œdèmes consécutifs à la stase veineuse ont également une origine complexe dans laquelle les troubles trophiques et nerveux doivent jouer un rôle.

Nous serons donc obligés de classer les œdèmes du larynx non pas d'après leurs mécanismes pathogéniques, mais d'après leurs causes directes apparentes, selon le tableau suivant :

Œdèmes infectieux.

- Œdèmes infectieux primitifs
  - Forme bénigne.
  - Œdème inflammatoire aigu.
  - Forme infectieuse maligne.
- Œdèmes infectieux secondaires..
  - à une inoculation locale.
  - à une maladie générale aiguë
    - par localisation de l'infection générale.
    - par infection surajoutée.
    - par infection secondaire d'une ulcération laryngée.
  - à une infection chronique du larynx par infection secondaire d'une ulcération.
    - Tuberculose.
    - Syphilis.
    - Cancer.
- Œdème collatéral d'une infection périlaryngée.

Œdèmes dans les affections rénales.

A) Dans le mal de Bright.
B) Dans les néphrites aiguës.

Œdèmes toxiques.

Œdème iodique.

Œdèmes traumatiques.

Brûlures.
Contusions.
Fractures.

Œdèmes par gêne de la circulation en retour.

Asystolie.

- Compression des voies de retour..
  - Goitres.
  - Tumeurs.
  - Cancer de l'œsophage.
  - Anévrysmes de l'aorte.

Œdèmes nerveux.

Anatomie pathologique générale. — L'épanchement de la sérosité œdémateuse se développe dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; dans certains œdèmes nerveux le tissu interstitiel du muscle thyro-aryténoïdien se laisse lui-même infiltrer ; par contre, l'urticaire est un œdème intramuqueux, non sous-muqueux.

Dans l'œdème pur, l'œdème nerveux, l'œdème par gêne de la circulation en retour, œdème de l'anasarque, la sérosité épanchée est claire, pauvre en éléments cellulaires.

Dans les œdèmes inflammatoires bénins, le liquide a plutôt le caractère d'un exsudat ; la masse qui remplit les espaces lymphatiques du tissu cellulaire lâche est plutôt granuleuse et contient de nombreux lymphocytes. La muqueuse que recouvre cet œdème est tendue et pâle ; cette pâleur est due à l'anémie par compression. Après la disparition d'un œdème très intense, la muqueuse qui la recouvrait apparaît lâche et plissée. Dans les œdèmes inflammatoires aigus, la coloration est non plus pâle, mais rouge, et même rouge foncé. L'épanchement de sérosité n'est plus clair, mais louche ; les éléments cellulaires, plus nombreux encore. Sestier (1852), Logan Turner (*Edinburgh med. journal*, 1902), mais surtout Hajek, ont étudié par la méthode des injections les modes d'extension de l'œdème dans le larynx. Leurs études s'appliquent aux œdèmes inflammatoires, en général partiels, non aux œdèmes non inflammatoires qui sont généralement étendus à tout le vestibule laryngé, ou même à tout le larynx.

Nous ne pouvons que résumer les conclusions de Hajek :

L'œdème de la face antérieure de l'épiglotte ne peut jamais franchir le bord libre de cet organe pour se continuer dans l'intérieur du larynx.

L'œdème du repli aryténo-épiglottique, très fréquent en clinique, se limite en avant au bord latéral de l'épiglotte, en arrière à la face interne du cartilage aryténoïde ; en bas, vers la bande ventriculaire, la limitation n'est que relative ; cependant dans la plupart des cas de mort l'œdème paraît avoir eu pour limite la bande ventriculaire ; l'asphyxie est alors due à la saillie dans la cavité laryngée du repli aryténo-épiglottique très épaissi, aussi à la limitation des mouvements d'abduction des cordes vocales par arthrite ou périarthrite, par suite aussi du gonflement du sinus pisiforme.

L'œdème du ventricule de Morgagni et de la face supérieure de la corde vocale inférieure s'arrête toujours en bas au niveau du bord libre de la corde vocale ; c'est un œdème secondaire à une ulcération locale.

L'œdème n'est jamais accentué à la partie antérieure

du ventricule de Morgagni par suite de l'adhérence à ce niveau au cartilage thyroïde.

L'œdème limité aux cordes vocales inférieures est très rare, il existe cependant; bilatéral, il détermine rapidement une dyspnée intense.

L'œdème de la face inférieure des cordes peut s'étendre à la région sous glottique, celle-ci peut aussi se prendre pour son propre compte.

Symptomatologie générale.

Elle est très variable dans sa forme et dans son intensité suivant la forme, le degré, la marche plus ou moins rapide qu'affecte l'infiltration séreuse de l'organe vocal.

a) Voix.— Pour que la voix soit altérée, il faut qu'il y ait une inflammation catarrhale des cordes vocales ou qu'une partie située au-dessus des cordes vocales soit suffisamment gonflée pour venir faire étouffoir sur ces organes vibrants. C'est ainsi que l'on observe de la raucité de la voix lorsqu'il y a œdème des bandes ventriculaires ou du ventricule de Morgagni ; le même phénomène s'observe quand il y a œdème des cordes vocales, localisation d'ailleurs rare. D'après Hajek, il n'existerait pas de raucité caractéristique de l'œdème du larynx.

b) Respiration.— C'est là qu'il faut chercher le signe le plus constant, en même temps que le plus grave, de l'œdème du larynx, on observe tous les degrés, depuis la gêne respiratoire la plus légère, jusqu'à l'orthopnée pour aboutir aux accès paroxystiques et à la suffocation finale ; témoin les cas foudroyants de Trousseau, Bard et autres auteurs. Au début, quand l'évolution ne se fait pas avec cette brusquerie effrayante, le malade est gêné seulement dans son inspiration qui devient sifflante, l'expiration restant libre ; plus tard, les deux temps de la respiration peuvent être gênés et le sifflement inspiratoire remplacé par un « ronflement guttural, souvent très bruyant » (Krishaber et Peter, *in* Trousseau). Mais hâtons-nous d'ajouter que ce symptôme n'a rien de caractéristique.

La dyspnée inspiratoire serait plutôt fonction de l'œdème des replis ary-épiglottiques ; tandis que lorsque ce sont les parties plus profondes du larynx qui sont le siège de l'œdème, la dyspnée devient expiratoire aussi bien qu'inspiratoire.

Dans l'œdème pur, le malade éprouve de la gêne, une sensation de corps étranger, de boule.

Dans l'œdème inflammatoire, il y a plus fréquemment de la douleur et de bonne heure au moins de la dysphagie plus ou moins intense. Elle n'est pas caractéristique.

Phénomènes généraux.—Les phénomènes généraux sont extrêmement variables et dépendent avant tout de la maladie causale et secondairement de l'étendue de l'œdème.

La courbature, la céphalée, les malaises généraux, la fièvre légère, précédée ou non de petits frissons répétés, accompagnant une douleur laryngée quelquefois cuisante compliquée d'aphonie, sont les signes d'une maladie infectieuse mais tous ces symptômes peuvent également faire défaut. D'autres fois, sans symptômes généraux, sans avertissement d'aucune sorte, l'affection peut débuter par une brusque suffocation plongeant le malheureux malade dans une anxiété indicible. Quand il survient des accès, pendant ces accès le pouls devient fréquent, petit, irrégulier. La surface du corps, la face en particulier, devient froide, puis se recouvre d'une sueur visqueuse, gluante, dans les violents paroxysmes des derniers moments.

La coloration de la face dépend du degré de la gêne respiratoire. De normale qu'elle est avant l'accès, elle devient congestionnée, tuméfiée ; les veines se gonflent, les yeux s'injectent et les lèvres deviennent violettes quand la sténose est très grande, ou pendant les accès d'étouffement. Sestier donne comme caractéristique une pâleur plombée et terreuse, avec les lèvres seulement violettes.

Les phénomènes généraux s'aggravent bien davantage quand il y a infiltration purulente. Le thermomètre monte rapidement à 39° et 40° ; le sujet délire, la peau est sèche, le pouls est dur et fréquent.

Symptômes objectifs. — L'inspection générale du sujet, dans les cas graves, accuse du tirage abdominal, du tirage sus et sous-claviculaire. On a même cité des cas où la trachée était affaissée.

A l'auscultation, le murmure respiratoire est notablement affaibli, tandis qu'aux sommets il y a du retentissement des bruits laryngés. Souvent on constate des râles d'œdème pulmonaire à la base de la poitrine.

L'inspection externe du larynx et du pharynx ne donne que des résultats négatifs.

L'exploration digitale a été employée ; elle a servi parfois à reconnaître un bourrelet d'œdème. Mais nous ne la mentionnons que pour être complet et, faisant comme la plupart des auteurs, pour la rejeter comme dangereuse.

La seule, la véritable exploration de l'œdème laryngé, est celle que fournit la *laryngoscopie.* A un examen rapide, avant que l'œil ait eu le temps de s'orienter, on aperçoit un gonflement transparent, tendu, opalin, se rapprochant beaucoup de l'œdème des paupières et du prépuce. La coloration aqueuse de l'œdème simple passe au rouge sombre dans l'inflammatoire. Le revêtement muqueux dans les formes sérieuses est habituellement très mince ; il peut être épais dans les formes inflammatoires.

A un examen plus approfondi de l'organe, on constate les modifications de formes qui sont des plus variées et toutes en rapport avec les modifications anatomiques décrites plus haut.

Si l'épiglotte est œdématiée, elle perd ses contours. Lorsque sa face linguale seule est intéressée, les fossettes glosso-épiglottiques et les replis glosso et pharyngo-épiglottiques s'effacent, l'organe prend une forme hémisphérique qui masque plus ou moins complètement l'orifice glottique. Dans l'infiltration de la face laryngée de l'épiglotte, cet opercule est penché sur le larynx, de sorte que la lésion ne peut être vue qu'en déprimant fortement la base de la langue avec une spatule, ou dans un effort de vomissement. Si l'organe est pris sur ses deux faces, dans des cas moyens, l'épiglotte semble enroulée sur ses bords ; dans les cas plus intenses, on ne voit qu'une masse sphéroïde informe.

Une des localisations les plus fréquentes de l'œdème du larynx est l'œdème des replis ary-épiglottiques. Ces replis sont transformés en deux bourrelets plus ou moins gonflés qui représentent deux poches remplies de liquide ballottant et gélatineux et recouverts d'une muqueuse rosée. En avant, ces bourrelets se confondent avec les bords latéraux de l'épiglotte si celle-ci est également envahie. En arrière ils se perdent dans la muqueuse aryténoïdienne en forme de deux masses arrondies en contact ou plus ou moins fusionnées.

Ces masses latérales cachent les bandes ventriculaires, et quand il y a tuméfaction simultanée de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, l'entrée du larynx présente la forme d'un triangle irrégulier dont le côté antérieur est formé par l'épiglotte, et les deux autres côtés par les replis ary-épiglottiques. Si l'œdème prend des proportions un peu considérables, cet orifice, qui est déjà très limité, de-

vient très petit et rempli de mucosité et ne laisse passer l'air respiratoire qu'avec de grandes difficultés. On comprend aussi que les parties sous-jacentes, visibles dans les cas légers, ne peuvent être perçues si l'infiltration gagne certaines proportions.

L'œdème des bandes ventriculaires se présente sous la forme de deux cylindres saillants cachant complètement les cordes vocales qui peuvent être saines.

Lorsque l'infiltration séreuse atteint les cordes vocales, ces parties peuvent, suivant Ruault, présenter deux aspects bien différents. Elles sont pâles, blanches, et leur bord libre présente un épaississement et un aspect particuliers si l'œdème ne les a pas envahis de bas en haut ; dans le cas contraire, lorsqu'il y a aussi de l'œdème sous-glottique, leurs bords libres sont comme encadrés par deux saillies fusiformes et rougeâtres. Ces saillies se détachent plus nettement encore sur les cordes vocales lorsque l'œdème sous-glottique existe seul.

Enfin la mobilité des cordes vocales est intéressée ou ne l'est pas. Quand l'œdème est limité à l'épiglotte et aux ligaments ary-épiglottiques sans propagation marquée aux régions aryténoïdiennes, la mobilité des cordes vocales n'est pas modifiée. Si la partie postérieure du larynx, au contraire, est très tuméfiée, les mouvements des aryténoïdes deviennent difficiles et limités. L'adduction n'est pas plus facile que, chose bien grave, l'abduction n'est possible. Et ces phénomènes tiennent à plusieurs causes associées : infiltration sous-muqueuse, intra-musculaire, hydarthrose, compressions nerveuses par l'exsudat.

Relativement aux anciennes idées de Sestier, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces quelques lignes de Ruault :

« Pendant des efforts vocaux ou des mouvements respiratoires, on voit souvent les régions œdématiées présenter un aspect tremblotant de leur surface. Dans les cas d'œdème énorme des replis ary-épiglottiques, il peut se produire parfois, à l'inspiration, un léger aplatissement des lèvres internes des bourrelets tuméfiés, causant un obstacle plus marqué au passage de l'air ; mais il importe de savoir que les replis œdématiés, ayant une large base, ne sont point, sauf exceptions rares, des masses ballottantes pouvant être aspirées par le courant d'air inspiratoire et poussées au dehors, comme des battants de porte, à chaque expiration. Cette vieille idée de Bayle et de Sestier a fait son temps, et bien que la plupart des auteurs classiques (Morell-Mackenzie, Schrötter, Gottstein, etc.) la défendent encore, je crois, avec Gouguenheim, qu'elle doit être résolument abandonnée. Sauf dans les cas extrêmes où l'épiglotte, ses replis et la région aryténoïdienne ne forment plus qu'une masse obstruant mécaniquement l'entrée du larynx, la dyspnée est due, soit à un spasme glottique (Gouguenheim) soit à un défaut de mobilité des articulations crico-aryténoïdiennes, avec ou sans altérations musculaires ou nerveuses. Dans le cas d'œdème sous-glottique, on peut observer une dyspnée intense alors que l'œdème est très peu marqué ; il s'agit là d'un accès de spasme de la glotte. »

Œdèmes infectieux. — L'infection microbienne représente la cause de beaucoup la plus fréquente des œdèmes laryngés.

L'inflammation peut disparaître et le malade guérir après la formation de l'œdème ; d'autres fois, l'exsudat séreux se transforme en exsudat purulent ; l'œdème infectieux n'est alors que le premier stade de l'infiltration purulente : œdème infectieux du larynx et laryngite phlegmoneuse sont donc deux étapes différentes de la même maladie, mais l'œdème infectieux aboutit rarement à la laryngite phlegmoneuse.

Variétés étiologiques. — Le larynx, sous l'influence d'un coup de froid ou de toute autre cause banale, peut souffrir de laryngite œdémateuse, comme on voit dans le pharynx se développer des angines érythémateuses avec un œdème de la luette et des piliers plus ou moins notable. L'agent infectieux est apporté par contagion, ou bien les microbes parasites deviennent virulents. Dans les deux cas, la maladie est dite *primitive*.

Une maladie générale peut donner lieu en même temps qu'à la localisation principale à une laryngite œdémateuse. Les localisations laryngées d'une maladie générale peuvent, par infection secondaire, se compliquer d'œdème aigu. Ce sont là les œdèmes infectieux secondaires aux maladies aiguës.

L'œdème se développe quelquefois à la suite de l'infection d'une plaie accidentelle de la cavité laryngée.

Les affections ulcéreuses chroniques : cancer, tuberculose, syphilis, toujours par infection secondaire, se compliquent d'œdèmes aigus. Les inflammations suppurées péri-laryngiennes entraînent parfois la mort par œdème de la glotte, il s'agit alors d'un œdème collatéral, dû aux toxines, sinon directement aux microbes.

Œdème infectieux primitif. — La maladie frappe souvent des adultes en pleine santé, mais les causes de débilitation générale y prédisposent. L'alcoolisme, par ses altérations vasculaires générales, par l'état inflammatoire chronique au niveau du pharynx et du larynx et toutes les irrégularités de l'existence qu'il entraîne à sa suite est un facteur important de cette étiologie.

Comme nous le verrons, l'œdème laryngé brightique n'est autre qu'une laryngite œdémateuse, il faut donc ranger le mal de Bright parmi les causes prédisposantes. D'autre part, si la cause de beaucoup d'œdèmes nerveux nous échappe, il en est d'autres où la poussée d'œdème se manifeste à l'occasion d'un coup de froid, d'un mal de gorge, le désordre nerveux général qui préside à la formation des œdèmes angio-neurotiques agit aussi comme cause prédisposante.

Le froid est par excellence la cause de l'œdème aigu, il agit directement sur les vaisseaux par la vaso-dilatation paralytique qui suit le coup de froid, sur l'organisme en diminuant la résistance et en permettant l'exaltation de virulence des bactéries parasites

Au froid s'associe souvent le surmenage vocal, une orgie plus ou moins crapuleuse : alcool, cris, tabac, froid, conspirent alors contre la muqueuse laryngée. Semon rapporte une observation d'œdème localisé aux cordes vocales inférieures consécutif à une fatigue considérable du larynx.

Tassano, Israël, Fraenkel, ont trouvé le streptocoque ; Barjon, Josserand, le pneumocoque ; Netter et Boulloche, le staphylocoque. On a aussi publié un cas d'abcès laryngé à entérocoques.

Nous diviserons l'étude clinique d'après l'intensité des phénomènes infectieux et inflammatoires ; nous distinguerons aussi les œdèmes localisés à l'épiglotte, aux cordes vocales.

Formes cliniques. — a) *Forme infectieuse bénigne.* — La forme bénigne de la laryngite œdémateuse a été décrite par Garel en 1891 (*Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1891). Cette bénignité signifie l'atténuation des phénomènes infectieux plutôt que la bénignité de la maladie elle-même, car un œdème bénin par son essence peut devenir mécaniquement dangereux par son volume.

La bénignité de cette forme atténuée est caractérisée

par l'absence de phénomènes généraux et l'aspect macroscopique des lésions.

La fièvre est modérée, les premiers symptômes locaux sont la dysphagie, toujours très prononcée, et la raucité de la voix. La dyspnée apparaît ensuite, elle met trois ou quatre jours pour parvenir à son apogée ; mais d'autres fois elle se développe avec une rapidité foudroyante.

La douleur spontanée est localisée à l'isthme du gosier, à la partie médiane du cou, à la région du cartilage thyroïde ; elle est augmentée par la pression latérale sur le larynx.

Dans le miroir laryngien, on découvre un œdème, non pas dur et rouge comme dans la forme aiguë, mais un œdème mou, translucide et tremblotant comme de la gelée, occupant épiglotte et replis aryténo-épyglottiques ou un seul aryténoïde avec le repli aryténo-épyglottique correspondant.

La disparition complète de l'œdème survient en une semaine environ.

b) *Forme aiguë.* — L'affection débute souvent par une angine, quelquefois brutalement par la laryngite. De toutes façons, la dysphagie est le premier symptôme en date ; elle devient bientôt absolue, et le malade crache continuellement sa salive. La douleur est également provoquée par la pression sur la région laryngée ; elle s'irradie par en bas, le long de la trachée. La toux incessante, pénible, très douloureuse, est notée parfois. La voix est longtemps intacte, puis rauque, puis tout à fait éteinte par suite de l'immobilité crico-aryténoïdienne. La respiration, pénible, reste assez longtemps libre, le malade accuse simplement une gêne, un corps étranger dans la gorge ; plus ou moins rapidement, quelquefois très rapidement, l'asphyxie, la cyanose, l'angoisse surviennent.

La maladie débute quelquefois par un frisson, toujours la fièvre est élevée : 39°, 40° ; malaise général prononcé, sueurs, agitation, insomnie, complètent le tableau clinique.

Le miroir laryngien montre une teinte rouge vif des lésions qui contraste avec l'œdème gris rosé, translucide de l'œdème bénin, les zones infiltrées paraissent avoir une consistance non plus tremblotante, mais dure.

Evolution. Pronostic. — « Affection toujours sérieuse, sa marche est quelquefois foudroyante » (Charazac). Une asphyxie mortelle peut survenir en quelques heures, avant qu'on ait pu y porter remède. En général, l'évolution est progressive : dysphagie d'abord, dyspnée ensuite. La dyspnée est permanente, mais avec des paroxysmes dus au spasme surajouté. Le danger, cependant, a une cause purement mécanique, si l'œdème n'est pas tel que la respiration est impossible, si le malade, suffisamment immobile, ne succombe pas à un spasme, si surtout la trachéotomie a été faite à temps, on observe en quelques jours une régression progressive des symptômes alarmants.

d) *Œdème localisé à l'épiglotte.* — Michel, de Cologne, sous le nom d'angine épiglottique antérieure a décrit l'œdème infectieux de la face antérieure de l'épiglotte. Celle-ci se présente au miroir comme une tumeur du volume d'une noisette, elle est gris rosé si l'œdème est bénin, rouge sombre dans la forme aiguë.

Cette angine épiglottique ne détermine ni altération de la voix ni dyspnée ; nous savons par l'anatomie pathologique que l'œdème ne peut pas envahir la cavité laryngée. Le patient accuse de la dysphagie et une sensation de boule, de corps étranger.

e) *Œdème localisé des cordes vocales inférieures.* — Cette forme est tout à fait rare, elle résulte d'une fatigue vocale, elle est bénigne, telle nous apparaît l'observation de F. Semon.

Plus accentuée était la dyspnée dans l'observation de Masséi. Mais la trachéotomie ne fut cependant pas nécessaire ; la dysphagie manque ; la voix est plus ou moins atteinte.

Œdèmes laryngés dans les maladies aiguës. — Les pustules varioliques dans le larynx peuvent se compliquer d'œdème inflammatoire du neuvième au douzième jour de la maladie. L'œdème se manifeste encore au moment de la convalescence par infection secondaire.

Boucheron (*Thèse de Paris*, 1893), Marfan et Hallé (*Rev. des malad. de l'enfance*, 1895) ont publié des cas d'œdèmes survenus autour d'ulcérations laryngées de la varicelle. Les ulcérations laryngées de la scarlatine sont exceptionnelles ; de même, les œdèmes inflammatoires ; on connaît quelques cas d'œdèmes consécutifs à la néphrite aiguë scarlatineuse.

La laryngite du début de la rougeole est quelquefois suffocante ; mais plus fréquents sont les œdèmes secondaires aux ulcérations de la période tardive.

Sestier rapporte un cas de suette miliaire compliqué d'œdème laryngé. La laryngite œdémateuse n'est pas exceptionnelle dans la grippe ; elle est au contraire très rare dans la coqueluche. Au cours de la fièvre typhoïde, l'œdème peut compliquer les ulcérations laryngées. Moure et Sestier en ont rapporté chacun un cas dans le choléra.

Maladies chroniques. — Si on en croit beaucoup d'auteurs non laryngologistes, l'œdème est fréquent dans la syphilis tertiaire ; beaucoup de gommes à évolution rapide, sans examen laryngoscopique ont dû être prises pour des lésions œdémateuses. En réalité celles-ci, exceptionnelles à la période secondaire, sont encore très rares à la période tertiaire ; on peut voir une gomme non ulcérée se compliquer d'œdème à la suite d'un refroidissement, d'une prise d'iodure, d'autre part les ulcérations sont susceptibles par infection secondaire de se compliquer d'œdème.

On observe très rarement l'œdème dans le cancer du larynx, il suit un refroidissement, l'ingestion d'iodure, une tentative opératoire par les voies naturelles.

C'est encore bien peu souvent que les ulcérations tuberculeuses se compliquent d'œdème par infection secondaire ou consécutivement à un refroidissement ; on doit en distinguer l'infiltration tuberculeuse d'apparence œdémateuse.

Œdème infectieux secondaire à une inoculation locale. — La muqueuse laryngée tolère souvent d'une manière admirable la présence de corps étrangers ; cependant l'histoire de ceux-ci abonde en observations d'œdème inflammatoire consécutif.

L'apparition de l'œdème est quelquefois d'une rapidité remarquable : deux heures après l'introduction accidentelle d'une aiguille dans la cavité laryngée, Urunuela a vu un œdème marqué d'une bande ventriculaire et du repli ary-épiglottique.

Œdème collatéral. — Toutes les fois que dans une région existe ou se développe une collection suppurée, on observe de l'œdème à l'entour. Cet œdème est causé par la diffusion des toxines.

Le tissu sous-muqueux du larynx n'échappe pas à cette règle, et l'œdème laryngé constitue une complication toujours redoutable des collections périlaryngées ou pharyngées. Toutefois, nous devons avouer que dans tout ce chapitre le départ est impossible à établir entre l'œdème collatéral vrai, que seul nous devrions traiter et l'extension

du processus suppuratif au larynx. Œdème et infiltration purulente, nous le savons, sont les deux stades d'un même processus. Les inflammations péripharyngées qui nous intéressent peuvent être d'emblée péripharyngées : abcès latéro-pharyngé, périamygdalite phlegmoneuse, phlegmon infectieux péripharyngé, abcès rétrolaryngé ; plus rarement, la suppuration a pris naissance dans la région sus-hyoïdienne et, s'étendant en profondeur, a gagné les régions latérales du pharynx : angine de Ludwig, adéno-phlegmons sous-maxillaires. Rappelons enfin les abcès de la loge glosso-thyro-épiglottique (Brault et Brousse).

Comme les péripharyngites, la périœsophagite phlegmoneuse peut se compliquer d'œdème glottique.

VI. Œdème dans les affections rénales. — *Œdème brightique.*— L'œdème brightique du larynx n'est pas, comme on pourrait le croire, une des localisations de l'anasarque qui apparaît dans la période de déclin des néphrites chroniques.

Qu'on relise les observations reproduites plus loin, et beaucoup d'autres semblables, toujours on verra l'œdème laryngé se manifester comme unique localisation d'une exsudation séreuse ; presque toujours les symptômes de néphrite étaient peu accusés, souvent même la maladie fut découverte à l'occasion de l'accident laryngé. Cela ne doit pas nous surprendre. Nous ne nous trouvons pas en présence d'un désordre pathologique relevant directement de l'insuffisance rénale, mais d'une laryngite, plus exactement d'une pharyngo-laryngite aiguë, bénigne au point de vue infectieux, mais devenue œdémateuse et mécaniquement dangereuse à cause de l'existence de la néphrite.

Dans la période préœdémateuse des néphrites chroniques existe un état de pléthore de la masse sanguine et lymphatique compensée par la polyurie et assurée par la soif et la polydypsie.

Vienne une fatigue du cœur, une défaillance de la pression artérielle, la polyurie diminue, l'excès de liquide interstitiel ne passe plus dans le sang ; c'est au contraire le sérum sanguin qui se déverse dans le tissu cellulaire, l'anasarque se réalise.

Au lieu d'une faillite de la circulation générale, nous pouvons très bien imaginer une faillite locale : par suite d'une vaso-dilatation paralytique, d'une action irritante, toxique ou infectieuse sur les cellules des capillaires artériels, la pression baisse dans un domaine vasculaire, les échanges entre le sérum et les tissus sont altérés ; alors nous verrons apparaître un œdème local, c'est justement le mécanisme pathogénique de l'œdème laryngé : un alcoolique, un crieur de journaux, prédisposés déjà, ou même un brightique quelconque et qui souvent s'ignore, sous l'effet d'un coup de froid, prend une angine compliquée de laryngite. C'en est assez pour détruire l'équilibre instable de son tissu sous-muqueux, qui est en imminence d'œdème comme l'est le tissu interstitiel de tous ses organes.

L'œdème est en général bilatéral et étendu à tout le vestibule laryngien ; le plus souvent, l'œdème de la luette, des piliers du voile du palais, l'accompagne ; d'ailleurs les symptômes pharyngés, la dysphagie, précèdent les symptômes laryngés, la dyspnée ; on doit admettre que la pharyngite précède la laryngite.

Les parties œdématiées présentent l'aspect gris, pâle, vitreux, de l'œdème vrai, nous sommes en présence d'une infection très atténuée, quelquefois cependant la réaction inflammatoire est plus accentuée et la muqueuse gonflée est rouge.

Les progrès de la dyspnée sont quelquefois assez lents, mais habituellement ils sont rapides et il faut toujours se tenir sur la garde d'une asphyxie imminente ; la trachéotomie est souvent pratiquée *in extremis*.

Œdème laryngé dans les néphrites aiguës.— Dans les néphrites aiguës, contrairement à ce qui se passe dans le mal de Bright, l'œdème laryngé est une des localisations de l'anasarque généralisée, au même titre que l'hydrothorax, que l'œdème cérébral et pulmonaire.

La pathogénie des hydropisés est ici différente (Senator, Lœper), la rétention des chlorures et autres n'est plus en cause ; mais probablement à côté des altérations du sang, les altérations des parois capillaires jouent le principal rôle. Le type de ces néphrites aiguës susceptibles de s'accompagner d'œdème laryngé est la néphrite scarlatineuse ; Dieulafoy mentionne en outre la néphrite syphilitique précoce.

Ces observations sont très rares.

VII.— Œdèmes toxiques.— *Œ. iodique.* — Les iodures ne sont pas irritants en eux-mêmes, mais par l'iode qui se trouve mis en liberté au contact de l'oxygène. En effet, dans l'organisme une petite partie de l'iodure se transforme en iode et le reste en iodure de sodium par double décomposition avec le chlorure de sodium.

L'iodure de sodium ne fait que passer : il exerce d'abord une action lymphagogue, appel du sérum sanguin vers les espaces lymphatiques et dilution de la lymphe ; consécutivement cet excès de lymphe est repris par les veines et éliminé principalement par le rein, accessoirement par les glandes des voies respiratoires supérieures, salivaires, lacrymales, sudoripares. Cette élimination est extrêmement rapide ; on a trouvé l'iode dans les sécrétions quelques minutes après l'ingestion.

Fait capital, au point de vue de l'iodisme, cette élimination est d'autant plus rapide que plus énergique est la double décomposition entre l'iodure de potassium et le chlorure de sodium ; en sorte qu'une plus grande quantité d'iode peut se trouver retenue dans l'organisme avec les petites doses qu'avec de plus grandes,

L'iode, de son côté, détermine une transsudation séreuse non plus par simple osmose, mais par son action irritante sur les parois des capillaires artériels.

Cette double action lymphagogue, suivie de résorption veineuse et d'élimination rapide, représente probablement le mécanisme de l'action thérapeutique des iodures.

L'exagération du phénomène produit l'œdème.

Expérimentalement, on détermine chez les animaux avec des *doses* appropriées d'iodure de potassium des accidents d'œdème pulmonaire et des phénomènes inflammatoires des voies respiratoires supérieures. Chez l'homme la question des *doses* est *tout à fait secondaire.* On a vu un malade ingérer quotidiennement 40 et 50 grammes d'iodure de potassium suffisamment dilué sans accident ; Barthez a observé un œdème grave après l'absorption de 10 centigrammes ; et Ricord a dû trachéotomiser un malade quelques heures après l'ingestion de 50 centigrammes.

Un traitement de longue *durée* ne prédispose pas davantage que l'absorption de fortes doses en un petit nombre de fois : au contraire, le début de l'accident a lieu le plus souvent dans le courant des premiers jours ou des premières heures ; parmi les cas relevés par Grœnouw, presque toujours les accidents graves d'œdème de la glotte se manifestèrent dans les premières quarante-huit heures, une seule fois le sixième jour, et encore le patient avait-il présenté dès le second jour des troubles laryngés.

L'impureté de l'iodure de potassium n'offre pas l'intérêt que certains auteurs lui ont attribué : Miahle, entre autres, considérait que l'iodate de potassium contenu dans l'iodure commercial était la cause de l'iodisme ; la même drogue, administrée en même temps et de la même manière à de nombreux malades, n'en a intoxiqué qu'un seul, c'est là un fait notoire, maintes fois observé.

Les *affections locales* ne peuvent être données comme causes de manifestations signalées. Une affection du pharynx ou du larynx pourrait peut-être créer une certaine prédisposition, mais il n'y a rien là de bien établi ; avec cette réserve capitale *qu'un œdème léger venant frapper un larynx rétréci par une infiltration pathologique préexistante deviendra par le fait une menace d'asphyxie mortelle.*

L'influence d'un *état général* paraît nulle : jamais en particulier une affection cardiaque ou rénale n'a été incriminée.

L'*âge* et le *sexe*, autant qu'on en peut juger, n'ont aucune influence dans l'apparition de l'œdème de la glotte.

Et la conclusion pratique de tout ce long chapitre pour le laryngologiste se résumera ainsi : *L'œdème laryngé iodique est toujours à redouter quand on prescrit l'iodure ; même chez un sujet qui a déjà suivi le traitement sans inconvénients, surtout chez celui qui a présenté à d'autres reprises du catarrhe ou de l'œdème laryngés après ingestion du médicament.*

L'œdème iodique occupe tantôt la totalité du larynx, épiglotte, replis aryténo-égiglottiques, cordes vocales supérieures et inférieures ; tantôt il se limite soit à une moitié du larynx, soit à l'épiglotte et aux replis aryténo-épiglottiques. La lésion, d'après ce qu'en disent les auteurs, qui ne sont pas précis sur ce point, est purement œdémateuse.

La douleur manque rarement, la dysphagie est provoquée non seulement par les lésions du vestibule laryngien, mais aussi par la pharyngite, l'œdème de la luette qui accompagnent généralement la laryngite.

La phonation, la respiration sont douloureuses, et habituellement le malade accuse en même temps que l'anxiété respiratoire une douleur vive localisée à la région thyroïdienne.

A un degré plus marqué, l'anxiété respiratoire augmente ; le patient souffre d'une dyspnée croissante caractérisée par des inspirations très pénibles, longues et bruyantes, suivies d'expirations courtes et silencieuses, la cyanose de la face et des lèvres, le tirage sus et sous-sternal.

Cette dyspnée présente parfois des paroxysmes causés probablement par du spasme surajouté à l'œdème, et des rémissions dangereuses parce qu'elles éloignent l'idée de la trachéotomie nécessaire.

La mort rapide dans une crise est en effet la terminaison des cas graves, si l'on n'a pas ouvert à temps la trachée.

Dans les cas bénins ou moyens, la guérison survient graduellement deux, trois ou quatre jours après la cessation du médicament.

Autres œdèmes toxiques.—L'ingestion de moules, de ptomaïnes peut déterminer l'œdème du larynx, il s'agit alors d'une forme spéciale, l'urticaire, que nous étudions avec les œdèmes nerveux. Angioneurotique par son mécanisme, l'urticaire est bien un œdème toxique par sa pathogénie.

Œdèmes nerveux. — Le système nerveux, par son action vaso-motrice, et probablement aussi par une influence trophique, par une action directe sur les cellules endothéliales des capillaires, intervient dans la genèse de nombreux œdèmes. A propos de l'œdème inflammatoire aigu *a frigore*, nous avons vu le rôle de la paralysie vaso-motrice qui suit la vaso-constriction initiale ; dans les œdèmes par compression, l'influence du système nerveux intervient.

D'autres œdèmes sont désignés sous le nom d'œdèmes nerveux, œdèmes angioneurotiques. Ce sont ceux dans lesquels le système nerveux semble agir seul. Le *primum movens* de ces désordres est inconnu ou hypothétique. S'agit-il d'une sorte de névrose, d'une influence toxique, d'une auto-intoxication ? Nous étudierons deux groupes d'œdèmes angioneurotiques : l'un, bien individualisé cliniquement aujourd'hui, n'est autre que la maladie de Quincke localisée au larynx ; l'autre, c'est l'urticaire laryngée.

Maladie de Quinke. — Cette affection singulière se présente souvent comme *héréditaire* et *familiale*. L'un de nous, étant interne de M. Lermoyez, a trachéotomisé un malade qui comptait dans ses ascendants et collatéraux un nombre remarquable « d'œdémateux récidivants » ; Osler, pour une famille, a pu faire remonter l'hérédité jusqu'à la cinquième génération ; Ricochon a pu suivre chez sept membres d'une famille le développement de l'œdème à travers trois générations, etc., etc.

L'état névropathique, l'arthritisme, sont souvent relevés dans le dossier pathologique de ces familles.

Les deux sexes sont également touchés ; l'époque des règles paraît prédisposée aux attaques ; la grossesse les suspendrait d'après Schlesinger.

La maladie se déclare habituellement entre la vingtième et la quarantième année.

Le moindre traumatisme, la moindre fatigue locale peut provoquer au point traumatisé ou fatigué l'apparition d'un œdème.

L'excitation d'un tronc nerveux produit l'œdème dans le territoire innervé, susceptible de se généraliser ensuite ; l'observation de Lewin affecte la clarté d'une expérience : Un otorrhéique subit dans la caisse une cautérisation à l'acide chromique ; la corde du tympan fut atteinte, car à la suite apparut un œdème énorme de la moitié correspondante de la langue, puis de toute la langue, du larynx, du front, des mains, de la région malléolaire.

Le froid, sous la forme de courant d'air froid, d'application d'eau froide, provoque l'apparition de la crise ; dans un cas, ce fut la radiation solaire.

Nous avons noté tout à l'heure l'influence d'une fatigue locale ; le surmenage général, les dépressions nerveuses, les grandes émotions, les contrariétés, sont relatées dans un grand nombre d'observations

L'œdème ici n'est pas localisé comme dans les œdèmes inflammatoires ; en quelque sorte, c'est un œdème à grande extension ; il est total, susglottique et glottique. Il est également très étendu en profondeur ; Griffith a montré par les coupes transversales que l'hydropisie avait envahi non seulement la muqueuse, mais encore les couches les plus profondes et en particulier les muscles abducteurs dont la fonction de dilatateur de la glotte pendant l'aspiration ne pouvait plus être remplie. La substance des cordes vocales était œdématisée, et le liquide de cet œdème était simplement séreux et ne contenait pas de sang (Garel et Bonnamour).

La crise survient sans prodromes, ou quelques phénomènes avant-coureurs l'annoncent : embarras gastrique, léger état fébrile, nervosisme, somnolence.

L'œdème met quelques heures à apparaître, mais en quelques minutes on a pu voir la moitié du visage se tu-

méfier fortement, il dure quelques heures, deux ou trois jours, puis disparaît comme il était venu ; pendant qu'il cède en un point, il se développe ailleurs. Les plaques d'œdème ont les dimensions les plus variables, deux à dix centimètres de diamètre dit Quincke. mais toute la face, tout un membre, peuvent être envahis. Les limites sont nettes avec une sorte de bourrelet ; ou bien la transition avec les parties saines est insensible. La consistance est élastique, plus ferme que celle des œdèmes cardiaque et brightique ; la peau est plus blanche qu'à l'état normal ou au contraire un peu rosée.

Quelques symptômes généraux accompagnent la crise, une fièvre modérée qui ne dépasse pas 38°, du malaise, de la courbature, des vomissements séreux et une débâcle diarrhéique.

Symptômes laryngés. — Collins a relevé l'œdème laryngé dans 21 0/0 des cas d'œdème angioneurotique ; souvent il n'apparaît qu'une fois dans le cours de la maladie, mais le malade de Le Calvé avait été trachéotomisé une fois; le nôtre trois fois avant que nous l'opérions nous-mêmes. L'accès de suffocation survient toujours très rapidement, tantôt le malade se réveille étouffant déjà, tantôt il commence à sentir de la gêne dans la gorge, puis c'est la dyspnée avec tirage, puis quelquefois, en quelques instants, sans qu'on ait eu le temps de rien faire, l'asphyxie mortelle.

L'évolution est rapide, et dans les cas favorables, après quelques heures de dyspnée maxima, les symptômes s'atténuent peu à peu.

Pendant toute la crise, si l'on n'est pas intervenu, on ne doit pas perdre un instant le malade de vue pour parer à la première urgence.

Au moment de l'accès, l'aphonie est complète, mais dès que l'asphyxie cesse, la voix revient presque normale, elle est toujours très peu altérée, simplement un peu voilée. Ce caractère est important, car il indique bien qu'ici, contrairement aux autres œdèmes laryngés. il n'y a pas de lésion organique de l'appareil vocal (Garel).

Strübing, qui a pu pratiquer l'examen laryngoscopique au début de l'accès, a constaté la rougeur et le gonflement progressif de la muqueuse ; à la rougeur succède l'aspect gris rosé, translucide, de l'œdème séreux. Nous avons dit que cet œdème est total : épiglotte et replis aryténo-épiglottiques masquent complètement la cavité laryngée.

Urticaire laryngée. — L'urticaire laryngée rentre bien dans le cadre de notre étude puisque, dit Renaut : « La papule de l'urticaire est le type de l'œdème circonscrit et aigu de la peau. La saillie blanche répond à la portion du derme infiltré, son auréole rose à la congestion vasculaire qui l'environne et qui l'agrandit ; l'apparition de la rougeur précède toujours celle de la papule ; la teinte blanche de celle-ci est bien due à l'injection interstitielle du derme par la sérosité, car si l'on pique la peau avec une seringue de Pravaz et qu'on y pousse une injection d'eau, on reproduit la tuméfaction pâle et prurigineuse de l'urticaire. » On n'a jamais, que nous sachions, pratiqué l'examen histologique d'une muqueuse envahie par l'urticaire ; par analogie avec les altérations cutanées, nous avons le droit de dire qu'elle est caractérisée par de la vaso-dilatation et une exsudation de sérosité qui distend le chorion.

En général les troubles respiratoires suivent l'éruption cutanée, ils la précèdent quelquefois. L'apparition de la dyspnée est très rapide, en quelques instants ou en quelques heures, le patient se cyanose, la face et les lèvres sont violacées; bouffies en outre par l'éruption cutanée.

L'accès est cependant plus effrayant que grave, la guérison est la règle.

Des accès de toux violente sont observés parfois, ainsi que la fièvre. La voix est rauque ou voilée.

L'examen laryngoscopique n'a jamais été pratiqué ; on doit supposer l'état de la muqueuse laryngée d'après celui de la muqueuse buccale et pharyngée où l'on voit des plaques érythémateuses surélevées.

IX. ŒDÈMES MECANIQUES. — *Asystolie.*— L'œdème laryngé d'origine cardiaque est certainement très rare cliniquement ; nous n'en avons trouvé d'observations que dans le livre de Sestier. Elles sont loin d'être probantes.

Œdème par compression veineuse et lymphatique.— On rencontre, assez rarement d'ailleurs, l'œdème laryngé dans un certain nombre de tumeurs de la base du cou et du médiastin.

Il est naturel de penser que cette exsudation séreuse est due à la compression des troncs veineux et probablement des troncs lymphatiques afférents. La simple gêne mécanique ne peut cependant suffire, car la compression n'est pas telle qu'aucune voie collatérale de retour ne demeure possible pour le retour de la lymphe et du sang veineux ; pour la production expérimentale de l'œdème, la ligature de tous les troncs veineux et lymphatiques est nécessaire.

Ranvier et d'autres ont montré que les sections nerveuses favorisaient singulièrement la production de l'œdème après les ligatures veineuses. Nous sommes portés à croire que les tumeurs cervicales ou médiastines, quand elles s'accompagnent d'œdème, agissent non seulement par compression vasculaire, mais par compression nerveuse. Ce n'est pas tout, on doit admettre qu'une stase veineuse de longue durée produit au niveau de la muqueuse, à la longue, des troubles trophiques susceptibles de modifier la vie cellulaire, la nature des échanges.

Cet œdème par compression ne prend jamais de grandes proportions, il ne menace pas la vie ; il affecte une allure chronique en général.

L'intérêt de sa constatation réside dans l'obligation d'en rechercher la cause, recherche qui peut conduire à la découverte d'un cancer de l'œsophage, d'une ectasie aortique.

Dans l'énumération des tumeurs susceptibles de déterminer l'œdème laryngé, nous trouvons les goitres, les tumeurs malignes du corps thyroïde, les cancers de l'œsophage, les adénopathies et les tumeurs de la région cervicale inférieure, les tumeurs du médiastin, l'anévrysme de l'aorte, les abcès par congestion.

Diagnostic.— Sous le nom d'œdèmes laryngés nous avons décrit des états du larynx constitués par une exsudation séreuse sous-muqueuse (intra-muqueuse dans l'urticaire).

Tantôt la sérosité est claire, les phénomènes inflammatoires et la vaso-dilatation sont nuls ou réduits au minimum, c'est l'œdème véritable ; la muqueuse apparaît grise ou gris rosé, translucide et tremblotante comme de la gelée.

Tantôt la sérosité, riche en éléments figurés, est déjà un peu trouble, les phénomènes inflammatoires existent ; c'est l'œdème inflammatoire, un stade de plus ce serait la laryngite phlegmoneuse ; dans ces œdèmes inflammatoires, la muqueuse tuméfiée est rouge plus ou moins foncé et la tuméfaction paraît de consistance dure.

L'œdème vrai ne peut guère être confondu qu'avec le myxome ou l'infiltration œdémateuse tuberculeuse.

Le myxome du larynx s'observe aux cordes vocales, ce

n'est pas plus du myxome que le polype muqueux des fosses nasales, c'est une dégénérescence plus ou moins polypoïde de la muqueuse avec infiltration œdémateuse, c'est presque de l'œdème chronique localisé. Le diagnostic se fera facilement par l'aspect de tumeur surajoutée à la corde, et surtout par la marche chronique.

L'infiltration œdémateuse tuberculeuse, telle que l'un de nous (Bourgeois) en a publié une observation typique dans le *Bulletin de la Société Française*(1906, p.484), n'a pas franchement la teinte de l'œdème vrai, la muqueuse n'est pas grise, translucide, mais rosée et comme un peu jaunâtre par transparence. L'évolution est chronique. D'autres localisations tuberculeuses, l'examen histologique, confirment le diagnostic, quoique au microscope, on puisse trouver extrêmement peu de chose comme signature de la tuberculose.

Les œdèmes rouges, inflammatoires, pourraient être difficilement confondus avec certaines infiltrations très rouges de la bacillose, qui s'accompagnent d'ulcérations, de sécrétions, qui ne se voient que chez des phtisiques.

Avec une infiltration gommeuse, avant l'ulcération, le diagnostic pourrait être plus difficile, mais le début de l'œdème remonte à quelques heures ; celui de la lésion syphilitique est plus ancien. Le mercure, et non l'iodure, sera donné en cas de doute.

L'érysipèle vrai du larynx n'est autre qu'un œdème inflammatoire de nature spéciale, individualisé cliniquement par la mobilité de la plaque érysipélateuse, sa propagation au pharynx ou inversement, par l'antériorité de localisations cutanées.

Tracer le diagnostic différentiel des diverses variétés d'œdèmes revient à résumer notre description de ces diverses variétés.

Pour les œdèmes accompagnant les maladies aiguës, le problème ne se pose pas, il faut cependant, avec le miroir, se rendre compte si l'œdème est un œdème inflammatoire simple ou s'il complique une localisation laryngée de la maladie.

En présence d'un œdème inflammatoire, en apparence primitif, on a l'obligation formelle de s'assurer, par l'examen du plancher buccal, du pharynx, du cou, que cet œdème n'est pas collatéral d'une collection périlaryngée, car le pronostic et le traitement sont tout autres.

Un œdème à forme d'infection atténuée, surtout s'il est à marche rapide, impose la recherche de l'albumine et des symptômes du mal de Bright ; de même tout œdème *a frigore*, tout œdème dit angioneureurotique, maladie de Quincke mise à part. Celui-ci, il suffit de le connaître pour poser le diagnostic. L'urticaire laryngée se reconnaît à la coexistence de l'urticaire cutanée.

On pensera toujours à s'informer si le malade a pris une potion iodurée.

Les commémoratifs mettront sur la piste d'un corps étranger.

Certains œdèmes localisés dans le larynx, certains œdèmes par compression, dont la cause n'est pas de suite évidente, doivent tenir l'esprit en éveil, demandent des examens répétés et complets du malade.

Traitement.— Le traitement comporte une série de moyens palliatifs destinés à prévenir l'accroissement de l'œdème, à permettre au malade de passer le cap dangereux, et des moyens radicaux, tubage, trachéotomie, ablation d'un fragment œdématié, qui permettent l'accès libée de l'air dans la trachée.

Moyens palliatifs.— Le repos doit être absolu ; le malade condamné au lit n'en bougera sous aucun prétexte, il gardera le silence ou ne se servira que de la voix chuchotée. Une potion bromurée-opiacée supprimera la toux et préviendra les phénomènes spasmodiques.

L'alimentation est très modérée et réduite à l'ingestion de liquides ; Hajek recommande beaucoup l'ingestion continuelle de petits fragments de glace dans les œdèmes inflammatoires aigus. Extérieurement, l'application de sangsues a souvent rendu de grands services, les pansements humides chauds ne peuvent que donner du soulagement ; la circulation d'eau glacée avec l'appareil de Leiter a été employée par Semon. Par contre, nous proscrivons absolument la révulsion prélaryngée, qui ne peut que favoriser l'infection de la plaie si la trachéotomie est nécessaire.

Garel a conseillé dans les œdèmes inflammatoires bénins l'application *in situ* de teinture d'iode ; nous n'oserions l'imiter malgré ses succès, puisque l'iode peut créer l'œdème de toutes pièces.

Les scarifications sont rejetées par la majorité des auteurs : efficacité très douteuse, danger d'infections. Nous arrivons au meilleur traitement palliatif actuellement connu : les pulvérisations d'adrénaline.

Périnet, élève de Lubet-Barbon et de Le Marc'Hadour, vient de leur consacrer sa thèse (Paris, 1908).

Moure les préconise dans son traité ; c'est le traitement que nous avons vu appliquer depuis plusieurs années dans le service de notre maître Lermoyez.

Moure conseille la pulvérisation ou l'instillation, sous le contrôle du miroir, de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10 additionnée de solution d'adrénaline à 1/5000 ou 1/10.000.

Périnet emploie une solution à parties égales d'adrénaline à 1/1000, de cocaïne à 1/100 ; cette formule nous paraît inutilement riche en adrénaline, d'autant plus que le malade est lui-même chargé de se faire en cas de besoin une pulvérisation.

Ces pulvérisations peuvent être renouvelées plusieurs fois par vingt-quatre heures. Elles évitent souvent la trachéotomie.

Personnellement, nous employons aussi cette thérapeutique dans les syphilis tertiaires quand le tirage est prononcé et le traitement mercuriel tout à fait à ses débuts.

Traitement chirurgical.— Moure, dans la thèse de Périneau et dans son traité, se dit partisan de l'ablation à la pince coupante d'un fragment de la muqueuse œdématiée Il a obtenu ainsi des soulagements immédiats et définitifs. Les indications de cette méthode nous paraissent réservés aux cas d'œdèmes bien localisés, quand d'autre part on ne sera pas astreint à une mutilation ultérieurement regrettable.

Tubage et trachéotomie. — Quelle que soit la nature de l'œdème, mais surtout quand il s'agit d'accidents brighitiques ou angioneurotiques, nous avons insisté à maintes reprises sur la rapidité souvent effrayante avec laquelle l'asphyxie apparaît. Il faut donc être toujours prêt à intervenir, et intervenir plus tôt que plus tard.

On trouvera dans la thèse de Sargnon les arguments en faveur du tubage ou de la trachéotomie.

D'une part, il est séduisant pour une dyspnée passagère de se contenter d'une manœuvre comme le tubage qui ne laisse pas de traces après elle. Mais le tubage demande une surveillance compétente ; l'œdème diminuant, le calibre du tube devient trop faible.

Surtout, le tubage chez l'adulte est une manœuvre que n'ont jamais effectuée la plupart des laryngologistes ; ce

n'est pas sur un malade asphyxiant qu'il faut tenter son premier essai.

Pour cette dernière raison, la trachéotomie restera probablement quelque temps encore la méthode de choix. On fera l'inter-crico-thyroïdienne, rapide, non sanglante, suffisante pour les cas aigus. Nous la condamnons pour le cancer, la tuberculose, le laryngo-typhus, en un mot pour toutes les laryngites chroniques ou aiguës, ulcéreuses, compliquées d'œdème, pour lesquelles nous préférons la trachéotomie vraie portant sur les premiers anneaux de la trachée. L'anesthésie générale est formellement interdite.

Traitement selon la cause.— Les œdèmes infectieux primitifs sont particulièrement justiciables des traitements palliatifs d'attente : repos, glace, sangsues, adrénaline-cocaïne.

En présence d'une laryngite secondaire ulcéreuse (variole, typhus. etc.), les pulvérisations antiseptiques, faiblement phéniquées, seront prescrites pour éviter la production ou l'accroissement d'un œdème inflammatoire. Pour l'œdème brightique et cardiaque : du lait en petite quantité, des diurétiques, pas de sel dans l'alimentation.

Les œdèmes angio-neurotiques et l'urticaire demandent qu'on fasse une rapide et énergique dérivation et désinfection intestinale.

Les œdèmes collatéraux exigent l'incision rapide, l'évacuation aussi complète que possible du foyer juxta-laryngé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La rançon du progrès.

« La rançon du progrès » ! C'est de ce trait profond que MM. Pierre BAUDIN et Lucien NASS, en un livre suggestif (1), burinent le bilan de la civilisation moderne. Il semble que deux Virgiles nous conduisent aux Enfers pour nous montrer les tableaux saisissants des rançons que nous payons au progrès : rançons multiples et protéiformes comme le progrès lui-même. C'est la libération de l'individu qui le pousse à un égoïsme sauvage ; c'est le féminisme qui amène l'anarchie dans la famille et dans l'amour ; c'est l'idéalisme latin qui engendre l'anarchiste italien, espagnol ou français ; c'est la dépopulation issue du progrès, parce que la jouissance crée l'arthritisme impuissant (Dr Laumonier), et que l'égoïsme bourgeois, joint à l'émancipation de la femme, favorise le malthusianisme et l'avortement (2) ; c'est la science elle-même, qui, sans faire faillite, fournit à l'égoïsme et au vice un masque de vertu ou de justice, donne au crime des instruments perfectionnés, développe le dévergondage des mœurs et le déséquilibre des cerveaux.

Après cette vue cinématographique des fléaux que nous devons au progrès, on sort du livre de MM. Baudin et Nass comme transi d'effroi. On n'ose plus vivre. On est tout imprégné d'un pessimisme d'autant plus dissolvant qu'il s'étaye de faits indéniables et d'une logique inflexible. Et l'on voit en rêve tous les Français, haletants et cramponnés sur le radeau de la *Méduse* nationale, retenus par l'instinct de conservation et par le vague espoir d'être rejetés dans quelque univers primitif et sauvage, qui échapperait aux lois de l'évolution.

Essayons toutefois de nous ressaisir. Les auteurs de « La rançon du progrès » reprochent à ce dernier d'avoir substitué en médecine le laboratoire à la clinique, d'avoir supprimé la douleur, « mal nécessaire » au double point de vue scientifique et moral. Ils accusent le Chirurgien d'avoir quelque peu abusé de l'extrême facilité de couper, et d'avoir, inconsciemment, favorisé le malthusianisme par l'ovariotomie. MM. Baudin et Nass ont peut-être raison ; mais ce mal est réparable et tient beaucoup moins des progrès de l'antisepsie que de l'« esprit chirurgical » qui n'aurait qu'à se panacher d'un peu de l'« esprit médical » (1).

Quant à l'évolution des maladies, il est certain que si d'anciens maux ont disparus ou sont bien atténués, d'autres affections, comme le cancer, se développent en proportions inquiétantes. Convient-il d'être aussi exclusif que les auteurs, en attribuant des troubles de la santé à toutes les falsifications alimentaires ? Toutes sont frauduleuses, comme tromperies sur la nature du produit vendu, mais toutes ne sont pas toxiques.

Voyons la tuberculose. Oui! c'est bien une maladie sociale, l'une des rançons les plus dures de la vie moderne ; et tout ce qu'on a fait contre elle jusqu'ici est encore à recommencer. Ceux qui ont fait le plus contre la tuberculose, ce sont les médecins ; ceux qui n'ont pas encore fait tout leur devoir, ce sont les hommes politiques. Qu'a-t-on fait de sincère et d'effectif contre l'alcoolisme ? On le favorise par le développement des cabarets, utiles aux élections ; par le privilège accordé aux bouilleurs de cru ; par des amendements qui ont pour effet de consacrer officiellement des industries d'alcool. Et quand l'Etat s'occupe de réprimer la fraude, c'est moins pour le souci de la santé publique que pour « sauvegarder les intérêts du Trésor ». Sans doute la tuberculose est également liée à l'insalubrité de l'habitation. Mais les hommes politiques devraient retenir qu'une bonne partie de la population des grandes villes, celle représentée par la classe moyenne des petits commerçants par exemple, est écrasée par des charges de toutes sortes, qui la pousse à sacrifier la partie logeable de l'habitation à la partie commerciale.

Ces causes s'ajoutent à toutes les autres. En ces matières, l'hygiène et la science ont dit leur dernier mot, mais elles ne peuvent rien en politique ou en économie sociale.

Je pourrais encore, guidé par MM. Baudin et Nass, examiner les rapports qu'ont avec le progrès : la vieillesse précoce, la prostitution, la criminalité, etc. Mais le courage m'échappe pour continuer, et je passe le livre à d'autres ; ils y remueront à leur aise tous ces problèmes toujours saisissants.

Pour moi, j'aurais espéré, moins par raisonnement que par instinct, sortir de cette lecture, à la lueur, fût-elle vacillante, de conclusions moins déprimantes. Il est donc bien vrai que le progrès, comme Saturne, dévore ses propres enfants, et que les sociétés trop cultivées sont frappées de déchéance et de mort ! Nos deux sociologues n'osent pas l'avouer, mais on devine leur arrière-pensée qu'ils ont à peine recouverte d'une couche d'optimisme moralisateur.

(1) *La rançon du Progrès*, par Pierre BAUDIN et Dr L. NASS. — Un vol. in-12. Prix : 3 fr. 50. — Librairie Félix Juven, 13, rue de l'Odéon. Paris.

(2) Les auteurs auraient pu ajouter que l'hygiène sexuelle a favorisé a non-fécondation.

(1) Relire le Bulletin du dernier numéro du *Progrès médical* : l'esprit chirurgical, par G. MILIAN.

Et pourtant l'un des deux auteurs n'est-il pas un ancien ministre, doublé d'un profond penseur et d'un homme d'action non tapageuse ? Ne pourrait-il pas contribuer tout au moins à donner comme objectif principal à la politique française la santé publique ? Il suffirait d'un ministre résolu, aiguillonné du maximum de « volonté de puissance », pour sauver le pays d'une déchéance par trop rapide. Réclamons un ministère de la santé publique, avec M. Baudin comme ministre et M. Nass comme sous-secrétaire d'Etat. CORNET.

REVUE DES JOURNAUX

Pour faire un nœud de ligature qui ne glisse pas.

M. Alph. Hugier a montré récemment (voy. *Progrès médical* du 1er mai), avec figures à l'appui, la manière de faire un nœud qui ne glisse pas. Dans le même journal, M. Maurice Robin, interne à l'hôpital d'Angers, fait à ce propos les réflexions suivantes :

... Je trouve l'explication de M. Huguier trop compliquée et par suite difficile à retenir. Il me semble qu'il y aurait avantage à employer un moyen mnémotechnique aussi simple que possible pour se rappeler de façon infaillible dans quel sens on doit nouer les chefs pour avoir un nœud solide. Voici ce que je propose :

Il suffit de se rappeler ces deux expressions : *gauche antérieure, gauche postérieure* (ceci est facile étant donné qu'on les emploie souvent pour traduire les positions dans la pratique de l'accouchement). Je poursuis donc mon explication. Lorsqu'on veut faire un nœud, prendre de la main gauche le chef gauche du lien, le passer en avant (*antérieur*) du chef droit, faire un demi nœud que l'on serre en changeant les chefs de main ; le droit est donc devenu gauche. Passer alors le nouveau chef gauche avec la main gauche derrière (*postérieur*) le chef droit ; faire le second demi nœud que l'on serre en changeant à nouveau les chefs de main.

Si pour plus de sécurité on veut faire trois nœuds, on repasse le chef gauche en avant du droit et on refait un troisième demi-nœud comme plus haut. Donc opérer toujours en se rappelant que le chef gauche doit passer d'abord antérieur, et ensuite postérieur à l'autre chef.

Si, au lieu de *gauche antéri ur, gauche postérieur*, on se rappelle gauche postérieur, gauche antérieur, on aura un nœud aussi solide fait à rebours de l'explication ci-dessus. C'est un moyen facile à retenir et qui me semble pratique.

Le signe de la détente musculaire.

La recherche du « signe de la détente musculaire » dit M. Bérillon, s'effectue de la façon suivante. Le sujet étant debout, les bras étendus en croix, est invité à contracter énergiquement ses muscles. Je lui demande alors, par une détente brusque, de laisser retomber mollement ses bras le long du corps, c'est-à-dire de transformer instantanément la contraction musculaire en une complète résolution, lorsqu'il en recevra l'injonction.

Cette recherche permet de constater que si beaucoup de personnes sont capables de passer, à un commandement bref, de l'extrême contraction au relâchement musculaire le plus complet; il en est qui n'exécutent le même exercice qu'avec une certaine raideur. Elles n'arrivent pas, malgré leur bonne volonté, à laisser retomber les bras par l'action de leur propre poids et elles ne les abaissent que par l'intervention visible d'un effort volontaire.

On sait que l'énergie de la contraction musculaire momentanée est en rapport avec l'exercice habituel des fonctions intellectuelles. C'est un fait qui a été bien mis en évidence par les recherches dynamométriques de divers auteurs.

La recherche du « signe de la détente musculaire » nous a appris que l'état neuro-musculaire normal se révèle également par l'instantanéité avec laquelle le sujet peut faire passer ses muscles volontaires de l'état de contraction à celui de résolution. Par contre, la nécessité d'un effort volontaire pour obtenir la résolution musculaire est l'indice certain d'un ralentissement ou d'une perturbation dans le fonctionnement des opérations cérébrales.

Le signe de la détente musculaire donne des indications si précises sur l'intégrité des fonctions intellectuelles et mentales, que c'est par sa recherche que tout examen doit être commencé en clinique psychologique.

Il n'a pas moins de valeur au point de vue thérapeutique, puisque les traitements n'auront d'efficacité qu'autant qu'ils auront abouti par la rééducation psycho-motrice du sujet au retour et à la possibilité de la détente musculaire. En effet, la réapparition progressive de la souplesse dans les mouvements musculaires est le signe le plus certain d'une évolution vers la guérison. La raideur réapparaît avec les périodes d'accès de l'hystérie, de la neurasthénie et de la psychasthénie.

Lorsque l'attention des malades a été appelée sur ce signe, ils ne tardent pas à en apprécier toute l'importance. Ils reconnaissent d'eux-mêmes que lorsqu'ils éprouvent de l'anxiété, lorsqu'ils sont sous l'empire des phobies, de scrupules ou de préoccupations hypocondriaques, la raideur des muscles atteint toujours son maximum. Par contre, ils s'aperçoivent que la possibilité de la détente musculaire coïncide toujours avec l'atténuation de leur irritabilité nerveuse.

Les exercices d'assouplissement ayant pour but de favoriser le retour du signe de la détente musculaire peuvent être utilement accomplis par les malades dans l'intervalle des visites du médecin. Ces exercices sont toujours suivis d'une sédation fort appréciable. Ils contribuent d'une façon fort efficace à la rééducation psycho motrice qui doit occuper une place prépondérante dans la pratique de la psychothérapie. (BÉRILLON. *Gazette des Hôpitaux*, n° 34.)

Hémi-hyperesthésie neuro- musculaire chez les variqueux et pathogénie des varices.

Le malade ne choisit jamais pour le décubitus habituel le côté où siège l'hyperesthésie neuro-musculaire, quelque faibles qu'en soient les symptômes révélateurs ; il couche régulièrement sur son côté normal ; c'est ainsi, par exemple, que les troubles d'hyperesthesie siégeant toujours chez le variqueux du même côté que les varices, ce malade choisira toujours pour son décubitus le côté opposé.

Les physiologistes ont bien reconnu depuis longtemps que le coucher latéral implique une gêne musculaire plus considérable que le dorsal : dans le coucher latéral, en effet, outre que le corps présente une surface moins égale et de moindre étendue au plan du lit, et y subit une pression plus forte principalement à l'épaule et à la hanche, les membres supérieurs et inférieurs sont forcés de prendre des positions diverses dans lesquelles certains muscles sont plus ou moins distendus.

Il ne faut pas croire, en effet, que dans le sommeil le malaise qui amène dans les masses musculaires la mise en jeu un peu prononcée de leur élasticité ne soit pas ressenti : « Si la conscience ne le perçoit pas, l'instinct en est averti, et si bien que le dormeur, tout en ne se réveillant pas, change d'attitude ». Nous ajouterons que chez les sujets qui ont réellement un rôle de prédilection pour le repos, les pressions exercées par le poids du corps et les dispositions vicieuses des membres agissent vraisemblablement d'une façon plus précise et plus impérieuse du côté sur lequel ils redoutent de prendre leur sommeil : il est donc permis de dire que le malade enregistre de cette façon et pour ainsi dire automatiquement son hémi-hyperesthésie, le médecin n'ayant alors qu'à interpréter ainsi ces faits dont la signification devient pleine d'intérêts

. . . .

Nous avons relevé dans une statistique de 2000 sujets de santé variable, interrogés par nous et qui ont reconnu prendre plus volontiers leur sommeil sur un côté que sur l'autre, nous avons relevé, disons-nous, que 70 % environ choisissaient leur côté droit pour dormir, alors que 30 % préféraient leur côté gauche.

Les statistiques des variqueux donnant le même pourcentage, il nous est permis de conclure que, si les variqueux gauches sont proportionnellement plus nombreux que les variqueux droits, cela tient à ce que, d'une façon générale, et suivant une loi mise en lumière par les statistiques ci-dessus, il y a 70 % de sujets qui présentent de l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire à gauche, laquelle constitue en quelque sorte un phénomène révéla-

teur d'une hémi-hypotrophie sous-jacente et 30 °/₀ seulement de sujets qui présentent les mêmes symptômes du côté droit.
(Dr Molle, *Gazette des Hôpitaux*, p. 228).

Sur la suspension momentanée de la vie dans les graines.

M. Becquerel vient de faire sur ce sujet d'intéressantes expériences : il prit des graines de luzerne, de moutarde blanche et de blé, dont il perfora le tégument pour le rendre perméable et qu'il dessécha complètement en les maintenant pendant 6 mois à 40° dans le vide en présence de baryte caustique. Les graines furent alors enfermées dans des tubes que l'on scella à la lampe après que le vide y eut été fait, jusque vers le demi-millième de millimètre ; les tubes ainsi préparés à Paris furent ensuite transportés chez M. Kamerlingh Onnes, au laboratoire cryogène de l'Université de Leyde, où ils furent soumis pendant trois semaines à la température de l'air liquide (— 190°), puis, sans réchauffement préalable, pendant soixante-dix-sept heures à celle de l'hydrogène liquide, soit — 253°.

Le protoplasma ainsi conservé sans eau, sans oxygène, sous une pression presque nulle et à une température voisine du zéro absolu, devient aussi rigide, aussi dur et aussi inerte qu'une pierre ; son état colloïdal, nécessaire aux manifestations physico-chimiques de l'assimilation et de la désassimilation, disparaît donc complètement, dit M. Becquerel.

Or, malgré cette série de traitements, les graines, placées à une température de 28° sur du coton hydrophile humide, germèrent à l'exception d'un seul grain de blé, absolument comme des graines témoins.

Aussi, M. Becquerel estime-t-il que, contrairement à la loi de la continuité des phénomènes vitaux si souvent invoquée par les physiologistes — dans les expériences sus-mentionnées, l'arrêt de la vie a été complet, sans le moindre préjudice pour son retour ultérieur. (*Semaine médicale*, 5 mai 1909, p. LXX.)

Amygdalite lacunaire caséeuse ou amygdalite cryptique.

C'est l'inflammation catarrhale chronique des cryptes amygdaliennes.

On la rencontre aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La pathogénie de cette forme d'amygdalite est la suivante : sous l'influence de l'inflammation de l'amygdale, les orifices des cryptes s'oblitèrent partiellement ou en totalité : il en résulte l'accumulation des sécrétions glandulaires dans les cavités cryptiques, et la formation, à l'intérieur de celles-ci, d'un amas caséeux qui stagne et forme un véritable corps étranger. Le magma caséeux, caractéristique de l'amygdalite cryptique lacunaire, présente le volume d'une tête d'épingle, mais peut atteindre celui d'un pois. Il est essentiellement constitué par des cellules épithéliales à la périphérie et au centre par de la graisse, des acides gras et parfois de petits calculs

Au point de vue fonctionnel, voici les symptômes que l'on observe : une sensation douloureuse, des picotements, piqûres, etc., qui se traduisent surtout au moment de la déglutition de la salive. Cette sensation est localisée, soit au niveau de l'amygdale, soit plutôt dans la région sous-angulo-maxillaire avec irradiation dans l'oreille correspondante. Elle peut siéger des deux côtés. Parfois, le malade présente un hemmage, une sorte de raclement pharyngé, qui détermine l'expulsion de ces petits amas blanc jaunâtre et s'accompagne de toux par accès. Dans quelques cas, la présence de ces petits corps étrangers provoque, à l'occasion d'un refroidissement, d'une fatigue de la gorge, une poussée inflammatoire subaiguë, avec état fébrile qui dure quelques jours.

Exceptionnellement, chez certains malades, on ne découvre la présence de l'angine cryptique qu'à l'occasion d'un examen de la gorge, l'affection ne se traduit par aucun symptôme fonctionnel.

Voici ce que l'on constate à l'examen du pharynx : 1° Tantôt l'amygdalite est apparente, on aperçoit de petits amas blanc jaunâtre, enkystés dans les cryptes amygdaliennes, principalement au niveau du pôle supérieur, ou encore dans la loge pré-amygdalienne située derrière le pilier antérieur ; dans ce cas, on ne peut arriver à bien découvrir le foyer caséeux qu'en soulevant et en attirant en avant le pilier, au moyen d'un crochet ou d'un stylet coudé.

L'amygdale peut être farcie, en quelque sorte, de ces amas lacunaires, et, en comprimant la tonsille avec un porte-coton, on détermine l'expulsion de plusieurs de ces bouillons comme à travers une écumoire.

2° Lorsque les orifices des cryptes s'oblitèrent, il en résulte de la rétention, et, par suite, l'enkystement des produits caséeux. En pareil cas, on aperçoit à la surface de l'amygdale de petites poches jaunâtres recouvertes par une muqueuse extrêmement mince et la ponction de ces kystes fait sourdre un magma absolument caractéristique. (Dr G. Laurens, *La Clinique*, 30 avril 1909, p. 277.)

Les parathyroïdes externes de l'homme.

Bérard et Alamartine ont étudié chez l'homme ces organes au sujet desquels il n'existe que des données assez vagues et ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les parathyroïdes externes sont, chez l'homme, des organes absolument constants qui se distinguent très nettement des lobules graisseux et des ganglions lymphatiques. Ce sont de petits amas jaune rouge affectant la forme de nodules encapsulés, se clivant facilement avec les tissus voisins, de dimensions variant entre celles d'un grain de blé et celles d'une petite cerise et ne subissant pas d'atrophie chez le vieillard ; leur forme est allongée ou aplatie.

Leur nombre est variable de 1 à 4.

Les parathyroïdes principales sont situées à la face du corps thyroïde et sur le bord latéral du conduit pharyngo-œsophagien. Elles occupent, en général, une position très superficielle et lorsqu'on dissèque le corps thyroïde par sa face postérieure on les trouve immédiatement au-dessous du fascia rétropharyngien au voisinage — plus souvent en dehors qu'en dedans — de l'anastomose, assez constante, de la branche ascendante de la thyroïdienne inférieure avec la branche descendante de la thyroïdienne supérieure. Leur situation peut être haute, moyenne ou basse, mais elles ne sont généralement pas placées symétriquement ; à gauche, elles sont le plus souvent de situation supérieure ou moyenne ; à droite, elles sont surtout de situation moyenne.

Souvent aussi, on trouve des parathyroïdes accessoires, soit sous-thyroïdiennes. Enfin il existe parfois des nodules parathyroïdiens aberrants, situés à distance du corps thyroïde, sur le trajet de l'artère thyroïdienne inférieure ou sur celui du récurrent.

Les parathyroïdes externes seront toujours ménagées si, dans les opérations sur le corps thyroïde, on emploie les procédés d'énucléation sous-capsulaire. (*Société de biologie*, séance du 24 avril 1909.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mai.

Érythème noueux et intradermoréaction. — MM. *Barbier* et *Lion* admettent, avec Thibierge et Gastinel, la tendance réactionnelle spéciale des régions atteintes par les érythèmes vis-à-vis des toxines et sont d'accord avec MM. Chauffard et Troisier, qui accordent un certain rôle à l'intoxication tuberculeuse dans l'étiologie de l'érythème noueux.

Un cas de dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq chez un enfant pottique. — MM. *Tissier* et *Bénard* rapportent l'observation : un enfant à antécédents tuberculeux, avec gibbosité pottique, fait, au déclin d'une rougeole, une éruption polymorphe prurigineuse, douloureuse, localisée dans la sphère de la gibbosité. Liquide céphalo-rachidien normal, par d'éosinophilie, ni locale, ni sanguine. Caractères bactériologiques spéciaux des microbes trouvés dans les bulles et des conjonctives. La localisation de la dermatose, en rapport étroit avec la gibbosité, plaide en faveur de l'origine nerveuse de la dermatose de Duhring-Brocq.

Diphtérie grave avec insuffisance surrénale. Opothérapie. Guérison. — *MM. Nattier* et *Dacré* rapportent ce cas : diphtérie grave avec syndrome d'insuffisance surrénale aiguë (asthénie, abaissement de pression artérielle, syncopes, hypothermie). L'opothérapie amenda ces symptômes. Cette observation démontre que les accidents décrits par Sevestre et Marfan comme syn-

drome secondaire de la diphtérie maligne sont dus à une surrénalite diphtérique. Conclusion pratique : il faut associer au traitement sérothérapique intensif l'opothérapie surrénale dans les diphtéries malignes compliquées d'accidents paralytiques.

Hémiplégie et scarlatine. — MM. *Gouget et Pélissier* ont vu survenir une hémiplégie totale dans une scarlatine au déclin et la mettent sur le compte d'un foyer de ramollissement par thrombose de la sylvienne. L'analyse de 69 cas dans la littérature les amènent aux conclusions suivantes : l'H. scarlatineuse paraît être la plus fréquente dans les H. infantiles infectieuses ; elle survient le plus souvent au cours d'une néphrite, siège plus souvent à droite qu'à gauche et est plus souvent définitive.

A propos de la méningite cérébro-spinale. — MM. *Barbier et Vaucher* rapportent 10 observations, dont 3 non traitées par le sérum, à évolution grave, 7 cas traités par le sérum antiméningococcique avec guérison..

M. Dopter, au nom de *Follet* et *Bourdinière*, rapporte deux cas traités par la médication usuelle avec mort ; trois cas graves traités par le sérum de Dopter avec cas de mort et deux survies. L'injection intrarachidienne amende rapidement les symptômes pénibles de l'affection.

M. Netter a observé 48 cas traités avec le sérum de Dopter, sans séquelles. Il prévient les rechutes, il répète les injections pendant plusieurs jours de suite.

M. Claisse signale un cas de M. cérébro-spinale foudroyante avec lymphocytose.

On trouva le méningocoque, et cependant les méninges étaient à peine touchées, l'exsudat était clair. M. Claisse demande sur quel signe il faut se baser pour porter un diagnostic rapide et faire une injection de sérum.

M. *Netter* et *Dopter* font remarquer que ces faits (lymphocytose et liquide clair) peuvent s'observer au début ou à une période avancée de la maladie.

M. *Vincent* ajoute que, dans ces cas, il faut faire la précipito-réaction.

M. *Hayem* a observé le fait signalé par Claisse dans les méningites subtotales.

M. *Ménétrier* a pu dissocier une double réaction, l'une propre à la méninge, lymphocytaire, l'autre appartenant à la cavité, polynucléaire. Selon l'époque où l'on fait la ponction, la formule est différente.

Ce n est donc pas elle qui caractérise la nature de l'affection, mais elle indique un stade et une modalité de l'affection.

M. *Widal* fait observer que les faits rapportés sont l'exception et que c'est. en général, la polynucléose qui domine.

A propos des surdités survenues comme séquelles de la méningite cérébro-spinale, M. Lermoyez distingue la surdité consécutive à l'otite interne et celle consécutive à l'otite moyenne. Cette dernière guérit toujours ; la première ne guérit que rarement et au bout de plusieurs années par l'injection de pilocarpine.

Pour répondre à M. *Claisse*, M. Martin est d'avis que, pour faire un diagnostic, il faut se baser sur les symptômes cliniques.

M. *Lermoyez*.— Pour se prononcer sur la possibilité de guérison de la surdité, il faut rechercher si la surdité est due à des lésions labyrinthiques ou à une lésion du N. auditif extralabyrinthique et pour cela il faut faire l'épreuve à l'eau froide, qui produit, si le labyrinthe est intact, un nystagmus du côté de l'oreille excitée. Ce réflexe manque lorsque le labyrinthe est détruit et dans ce cas la guérison est rare.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 6 mai 1909

Méningite post-traumatique à pneumobacille.—M. *Perrier* rapporte l'observation d'un cavalier qui fit une chute sur la tête et ne présenta aucun symptôme immédiat autre qu'un écoulement sanguin par l'oreille. Six jours après l'accident, apparition des signes de méningite : la ponction lombaire fournit un liquide céphalo-rachidien trouble contenant des leucocytes polynucléaires et des cocci qui furent identifiés et reconnus comme pneumobacilles de Friedlander. A noter qu'en même temps que la méningite furent observés des signes d'hépatisation pulmonaire. L'infection fut bénigne et la guérison survint rapidement.

Albuminurie transitoire.— M *Labougle* relate l'histoire d'un sous-officier qui, au cours d'exercices d'assouplissement, ressentit une douleur brusque dans les lombes. L'examen clinique ne révéla rien d'anormal chez cet homme : seul l'examen des urines permit de déceler de l'albumine à la dose de 0 gramme 25 par litre. Cette albuminurie fut essentiellement transitoire et disparut en quelques jours sans que rien d'apparent permît d'en déceler la cause.

Etiologie de la fièvre typhoïde.— M. *Schuttelaëre* apporte deux observations à l'appui de la théorie fécale de l'étiologie de la F. T.

La première est la relation d'une petite épidémie localisée à une escouade et dont l'origine nettement établie fut la souillure des aliments par un cuisinier malpropre.

La seconde concerne une épidémie de quatorze cas dont l'origine fut incontestablement une latrine : celle-ci consistait dans un simple trou sans chasse d'eau et était fréquemment obstruée.

M. *Piot* a observé à Tours une épidémie presque identique qui donna lieu à 14 cas et à un décès. La fièvre typhoïde disparut dès qu'on eût condamné la latrine infectante.

M. *Visbecq* entretient la Société de l'épidémie qui vient de sévir à Cherbourg et qui s'est manifestée par 305 cas dont 55 furent mortels.

Ainsi que M. Collignon l'avait déjà montré dans une précédente séance, l'épidémie est incontestablement d'origine hydrique et due à la consommation de l'eau de la Divette. Bien que de l'eau épurée par des stérilisateurs soit mise à la disposition des hommes, ceux-ci boivent, malgré toutes les défenses, de l'eau de rivière qui ne doit servir normalement qu'aux soins de propreté. Cette eau de la Divette est notoirement polluée par les habitants des maisons riveraines qui pratiquent le tout à la rivière et surtout par l'épandage qui est habituel aux environs de Cherbourg.

M. *Chupin* regrette que dans la lutte que l'on mène depuis quelques années contre la F. T., on se soit un peu trop exclusivement préoccupé de détruire ou de supprimer le bacille d'Eberth et qu'on ait négligé les causes secondes qui à son avis sont des plus importantes. Il estime que lorsqu'on aura remédié à l'encombrement des casernes, quand on donnera aux soldats une alimentation saine et abondante, quand enfin on aura réglementé le travail de façon à éviter le surmenage, on aura fait faire un grand pas à la lutte anti-typhoïdique.

Tuberculose et traumatismes. — M. *Sieur* rappelle la discussion de 1907 au Congrès de chirurgie qui s'éleva à la suite du rapport de M. Genbrau sur les rapports de la tuberculose et du traumatisme chez les accidentés du travail. La question est intéressante au point de vue de la médecine légale militaire. surtout en ce qui concerne la recherche de la relation étiologique qui peut exister entre un traumatisme et les foyers tuberculeux.

Les conclusions émises par Max Schuler ont été infirmées depuis et modifiées à la suite des expériences de MM. Lannelongue et Achard, de Pétrow, et aussi par la clinique ; on sait maintenant que le traumatisme n'a qu'un rôle limité, qu'il est ou révélateur, ou aggravateur, ou localisateur d'une tuberculose déjà préexistante, et qu'en tous cas, il ne joue jamais un rôle créateur. L'auteur cite de nombreuses observations a l'appui.

Comme d'autre part, dans l'état actuel de la science, malgré les perfectionnements récents des moyens d'exploration on ne peut affirmer qu'un sujet ayant toutes les apparences de la santé la plus florissante n'est pas entaché de tuberculose latente; il résulte que, au point de vue légal pur, la responsabilité de l'Etat est limitée ; mais comme le rôle provocateur du traumatisme est indéniable, le blessé doit être indemnisé en raison de la diminution de l'incapacité de travail. C'est du reste la pratique habituellement suivie dans l'armée chaque fois que l'origine de l'accident peut être rapportée à un fait de service.

H. BILLET.

REVUE GÉNÉRALE

—

L'hémophilie ;

Par MM. **Guy LAROCHE** et **E. VAUCHER**
Internes des hôpitaux de Paris.

Définition. — Le mot *hémophilie* désigne un état clinique caractérisé par la prédisposition aux hémorragies spontanées et provoquées et relevant d'un trouble de la coagulation du sang.

On peut distinguer actuellement :

1° Une maladie, l'hémophilie, entité morbide, héréditaire ou sporadique ;

2° Un syndrome hémophilique symptomatique des infections et des intoxications les plus diverses, en général transitoire et subordonné à l'évolution de la maladie au cours de laquelle il apparaît ; c'est ce qu'on décrit sous le nom d'états hémophiliques. Ces états dont la nature est encore discutée, ne semblent pas rentrer dans le cadre de l'hémophilie vraie.

Historique. — Très anciennement connue, puisque le Talmud de Babylone défendait de circoncire un enfant dont les deux aînés avait succombé à la circoncision, l'hémophilie a toujours éveillé la curiosité des médecins. Jusqu'au XVIIIe siècle, les observations restent cependant isolées. En 1784, Fordyce décrit une diathèse héréditaire caractérisée par des hémorragies à répétition. En 1820, l'Allemand Nasse signale la transmission héréditaire par les femmes. En 1837, Lebert remarqua la coexistence des douleurs articulaires qu'il attribuait à la diathèse rhumatismale, Tardieu (1841) les rattacha à l'hémophilie.

Parmi les nombreux travaux parus depuis lors, nous ne citerons que ceux de Grandidier (1855), de Wickham Legg (1872) de De Bovis (1895) qui fait une bonne étude de l'hémophilie chez la femme, enfin la thèse de Dommartin (1903).

Les lésions histologiques du sang furent étudiées pour la première fois par Klippel et Lhermitte (1904). Goodall, Sahli, discutent la pathogénie de l'hémophilie.

Dans ses remarquables travaux, P. E. Weil précisa le mécanisme qui retarde la coagulation du sang des hémophiles ; il montra que l'hémophilie familiale héréditaire, la plus fréquente, se distingue de l'hémophilie sporadique et isolée par des caractères hématologiques. Il institua le traitement sérothérapique. Cette question a été mise à l'ordre du jour du Congrès de médecine d'octobre 1907 (rapports de Carrière et M. Labbé, auxquels nous ferons de larges emprunts). Signalons en terminant la thèse de Claude (1908) sur la coagulation plasmatique et les récentes communications de Weil à la Société médicale des Hôpitaux.

Etiologie. — I. *Fréquence et répartition géographique.* — Rare en France, elle est plus féquente dans les pays brumeux et froids, chez les races anglo-saxonnes, en Angleterre et surtout en Allemagne (48 % des observations), plus fréquente dans le nord de la France que dans le midi.

Vieli a signalé quinze à vingt familles d'hémophiles dans un village des Alpes Rhétiques ; mais De Bovis se demande si la consanguinité n'est pas en cause. La race juive semble prédisposée (1/10 des cas), on l'a signalée chez les nègres (Buck, Steiner).

II. *Hérédité.* — L'influence de l'hérédité a été bien étudiée dans les familles des grands hémophiles (familles Mampel, Tenna Appleton, Brown, Smith Sheppard, H. de Cassel). Avec Carrière, on peut tirer de l'examen de ces observations suivies sur plusieurs générations les conclusions suivantes :

1° L'hémophilie est transmissible de génération en génération ;

2° La transmission peut sauter une, deux et même trois générations. Dans la famille Tenna il faut remonter à quatre générations pour trouver un hémophile. Ces recherches sont souvent difficiles et ceci explique la fréquence apparente des cas d'hémophilie spontanée ;

3° L'hémophilie se transmet surtout aux garçons, exceptionnellement aux filles.

Dans la famille Mampel, il y avait 33 % de mâles hémophiles, et toutes les filles étaient indemnes en apparence ;

4° Ce sont surtout les femmes de souche hémophile, même lorsqu'elles ne sont pas hémophiles elles-mêmes, qui transmettent l'hémophilie. Cette immunité des femmes n'est d'ailleurs souvent qu'apparente. L'hémophilie reste atténuée et voilée chez les femmes (De Bovis). P. E. Weil a pu retrouver chez elles la lésion du sang caractéristique (hémophilie larvée).

5° Les familles hémophiles sont extraordinairement fécondes (Grandidier) : 8 à 9 enfants par ménage.

III. *Age.* — L'hémophilie héréditaire débute en général très tôt, dans la première année surtout (53 % d'après Carrière). Il est exceptionnel qu'elle apparaisse après vingt ans. Chez la femme, il se produit une poussée au moment de la puberté ou de la ménopause.

IV. *Antécédents héréditaires.* — Comme pour beaucoup de maladies, on a recherché dans les antécédents héréditaires les causes prédisposant à l'hémophilie. On a invoqué successivement l'hérédité névropathique, l'arthritisme (Potain, Gayet, Comby) l'anémie, la chlorose, la tuberculose, la syphilis des parents. Il semble qu'on ne puisse tirer aucune conclusion de ces faits, et qu'il s'agit le plus souvent d'une simple coïncidence, bien que Carrière cite un cas d'hémophilie guérie par le traitement spécifique chez un hérédo-syphilitique. Il avoue d'ailleurs qu'il paraissait s'agir d'une hémophilie par lésion vasculaire.

Gilbert et Lereboullet ont insisté sur les rapports entre l'hémophilie héréditaire et la cholémie familiale.

Dans 27 % des cas, l'hérédité des hémophiles est vierge de toute tare.

V. *Antécédents personnels.* — Ils sont très variables.

On a fait jouer un rôle aux maladies infectieuses de l'enfance (coqueluche, rougeole, scarlatine), à la scrofule (Jalaguier, Combemale), à l'arthritisme, aux troubles dyspeptiques et névropathiques. En résumé, en dehors de la notion de l'hérédité, on ne sait rien de précis sur l'étiologie de l'hémophilie familiale.

On n'est guère plus fixé sur l'étiologie de l'hémophilie sporadique. Il semble que les maladies citées plus haut : syphilis, tuberculose, et surtout cholémie peuvent favoriser son développement, mais la cause déterminante nous échappe.

Symptomes. — L'hémophilie se traduit avant tout par des hémorragies. Elles apparaissent chez des individus qui parfois présentent ce que Langelaan a décrit sous le nom d'« habitus hæmophilicus » ; leur teint est pâle et leur aspect délicat et maladif, même avant les hémorragies ; ce facies n'a du reste rien de constant.

Les hémorragies sont spontanées ou provoquées,

Spontanées, elles peuvent succéder à une émotion vive, à un effort plus ou moins violent (défécation, accès de toux, vomissements, accouchement, marche rapide, saut). Comme toute hémorragie, elles sont parfois précédées de prodromes congestifs : céphalée, vertiges, éblouissements, fièvre.

Provoquées, elles reconnaissent pour causes les traumatismes les plus minimes, et ce sont les plaies les plus insignifiantes qui peuvent être suivies d'hémorragies mortelles. On a remarqué depuis longtemps la gravité moins grande des plaies profondes et régulières, des larges incisions chirurgicales.

Ces hémorragies peuvent entraîner une mort rapide, presque subite, sous forme de syncope, au milieu des signes d'une anémie aiguë. D'autres fois elles s'arrêtent, mais par leur reproduction elles entraînent un état d'anémie accentuée qui peut aller jusqu'au syndrome de l'anémie pernicieuse.

On distingue les hémorragies de la peau, des muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané, des viscères, des séreuses articulaires.

1° *Hémorragies cutanées et muqueuses.* — Ces hémorragies ont pour caractère d'être abondantes et prolongées ; elles se font en nappe, en bavant. Lion les compare au sang qui s'écoule d'une éponge que l'on comprime.

Elles n'ont que peu de tendance à s'arrêter spontanément, et la quantité de sang perdu peut être considérable.

Les hémorragies cutanées peuvent succéder à de nombreuses causes, contusion, massage, ventouses, vésicatoires, scarifications, grattages, mouchetures, sangsues, saignée, chute d'escarre, en particulier au niveau de l'ombilic chez les nouveau-nés, écor-

chures du genou ou gerçures des lèvres, piqûres de moustiques, vaccination et circoncision.

Il en est de même des hémorragies muqueuses : épistaxis, avulsions dentaires, brossage des dents, hémorragies buccales au niveau d'une dent cariée ou du plancher de la bouche, morsure de la langue, ablation de végétations adénoïdes ou des amygdales, section du frein, rupture de l'hymen (cas de Wachsmuth), hémorroïdes ou fistules à l'anus.

Les deux plus fréquentes sont l'épistaxis et l'hémorragie consécutive à l'avulsion dentaire.

L'épistaxis est le plus souvent spontanée ; elle peut cependant succéder à un choc sur le nez, une intervention chirurgicale ou même un simple grattage ; elle peut coïncider avec une cause locale telle qu'un polype. Elle est souvent la première manifestation d'une hémophilie jusque-là latente ; parfois même elle a été le seul symptôme et a entrainé la mort (cas de Low, Limbeck).

Les hémorragies par avulsion dentaire sont souvent graves. D'après Carrière, elles auraient été mortelles dans 14 cas sur 41.

2º *Hémorragies interstitielles, sous-cutanées ou intra-musculaires.* — Lorsqu'elles se produisent au niveau de la peau, elles déterminent des taches purpuriques, pétéchies, ecchymoses, qui succèdent à la moindre pression.

Dans certains cas elles occupent le tissu cellulaire des fosses iliaques, de l'atmosphère périrénale ; on observe enfin des hématomes dans la gaine des muscles (Gayet) et dans le tissu musculaire.

Ces hématomes peuvent avoir le volume d'un œuf de poule, mais souvent ils atteignent des dimensions énormes ; ainsi Wol cite un cas d'hématome de la région sous-maxillaire qui descendait jusqu'à la partie inférieure du thorax. Coste cite un hématome occupant toute la cuisse. Leur apparition est rapide, la peau est tendue lisse, douloureuse et l'on croirait à un phlegmon diffus si l'ecchymose fréquente ne permettait de les rapporter à une origine traumatique.

L'ecchymose peut ne pas apparaître quand la collection sanguine est bridée par une aponévrose.

A la palpation on sent parfois une fine crépitation. Ces hématomes peuvent comprimer des nerfs et déterminer des douleurs névralgiques (n. sciatique, Grenadier ; n. crural, Gayet et Coste).

L'hématome du psoas engendre un psoïtis, avec abduction, flexion, et rotation externe douloureuse de la cuisse ; on sent une tumeur rénitente au niveau du triangle de Scarpa ; il existe de l'anesthésie et de la paralysie dans le domaine du crural (Cruet), Geza Faludi a signalé la gangrène des extrémités par compression vasculaire.

La résorption aseptique des épanchements s'accompagne souvent d'élévation thermique à 39 ou 40º (Gayet, Coste). La suppuration est exceptionnelle.

Signalons en terminant les hémorragies palpébrales rétro-orbitaires (Valude), sous-conjonctivales, rétiniennes et choroïdiennes (Patterson) donnant naissance à des troubles visuels.

3º *Hémorragies viscérales.* — A. *Tube digestif.* — On peut observer des gastrorrhagies, des entérorrhagies. Chez un malade de Weil un massage abdominal avait suffi pour déterminer une grave hémorragie intestinale avec mélœna. Von Klautz (Vienne) a rapporté récemment un cas unique de sténose de l'intestin par hématome sous-muqueux, chez un hémophile.

B. *Appareil respiratoire.* — Au niveau du larynx, Combemale et Gaudier ont signalé l'hématome des cordes vocales. Les hémoptysies sont souvent difficiles à différencier des hémorragies naso-pharyngées.

Il peut survenir des infiltrations sanguines dans les poumons, ou des hématomes pleuraux parfois mortels.

C. *Appareil génito-urinaire.* — Les hématuries hémophiliques sont rares et Senator a décrit sous ce nom des hémorragies qu'il semble souvent plus vraisemblable d'attribuer à des néphralgies ou à des néphrites parcellaires.

Cependant on en a signalé chez des malades atteintes d'accidents hémophiliques avec des crises douloureuses, « pseudo-coliques néphritiques ». Kolster, Schumann, Kehrer ont signalé, des cas mortels.

En dehors des crises hématuriques, les urines ne présentent rien de spécial.

Chez les hémophiles, les règles sont précoces, abondantes et prolongées, et par leur répétition elles peuvent entraîner la mort. La ménopause est également une période critique, et l'on peut voir survenir des métrorrhagies mortelles chez des malades n'ayant jamais eu jusque-là de manifestations hémorragiques.

Pendant la grossesse, les hémorragies persistent en général, (épistaxis, purpura, hémoptysies, hématuries), mais elles sont peu abondantes ; les cas de morts sont rares, et « tout compte fait, en exceptant les hémophilies suraiguës, la grossesse est une période relativement favorable pour les femmes hémophiles » (De Bovis).

L'avortement est assez fréquent. Les suites de couches comportent un pronostic plus réservé encore. Un tiers environ se compliquent d'hémoragies avec lochies anormales, qui peuvent entraîner la mort, tant par leur durée que par leur abondance.

Les hémorragies post partum tardives sont moins fréquentes et il est exceptionnel que le « petit retour de couches » s'accompagne d'accidents graves.

De Bovis a étudié chez les femmes qui transmettent l'hémophilie sans en être atteintes elles-mêmes « femmes conducteurs », une série d'accidents qui relèvent de l'hémophilie larvée, (hémophilie rudimentaire de Kölster). La menstruation est plus précoce, plus abondante que chez les femmes saines. C'est au moment de l'accouchement ou de la ménopause que surviennent parfois des accidents graves. De Bovis tend à admettre que nombre des hémorrhagies des jeunes filles, attribuées à la « métrite des vierges » relèvent d'un état hémophilique (cas de Cestan, Recht) ; de même que l'on accuserait trop souvent la sclérose utérine d'être cause des hémorragies de la ménopause. Bien souvent, dit-il, on retrouve dans les antécédents de ces malades des signes d'hémophilie légère ; menstruations abondantes et prolongées, fausses couches, et dans leur sang existe le retard de la coagulation caractéristique de l'hémophilie.

Cette hémophilie n'entrerait en scène qu'à « l'occasion d'évènements hémorragipares tels que la menstruation ou l'accouchement » en dehors desquels elle passe inaperçue.

4º *Arthropathies.* — Signalées par Lebert, Dubois, Tardieu, Poncet, Legay, Gayet, Meynet, Thiébaut, Gocht, Launay, les arthropathies sont presque la règle dans la grande hémophilie familiale.

Elles peuvent apparaître très tôt, chez un nouveau-né (Pearce), constituer la première manifestation hémophilique, succéder à des traumatismes ; mais plus souvent elles sont spontanées et ne surviennent que de trois à dix ans pour cesser en général à la puberté. Les articulations les plus touchées sont, par ordre de fréquence décroissante, les genoux, coudes, chevilles, hanches, épaules, poignets, doigts, orteils. Kœnig (1891) décrit trois phases dans l'arthropathie hémophilique : 1º une phase d'hémarthrose simple ; 2º une phase d'arthrite chronique ; 3º une phase d'ankylose en position vicieuse. En réalité cette évolution n'est pas nécessaire et l'arthropathie guérit le plus souvent sans passer à la chronicité. Avec Meynet, nous décrirons trois formes : l'hémarthrose simple, l'arthrite subaiguë simulant la tumeur blanche, l'arthropathie chronique.

1º L'*hémarthrose simple* débute brusquement par de la douleur et du gonflement. Tantôt on ne note qu'un léger empâtement des culs-de-sac, avec sensation de pesanteur, et la douleur ne survient que si l'on exagère les mouvements de l'article ; le plus souvent le membre est dans la demi-flexion ; la peau est lisse tendue, chaude, parfois violacée avec circulation collatérale ; les culs-de-sac sont distendus, et on y perçoit de la fluctuation avec crépitation neigeuse. La douleur est alors intense, spontanée, s'exagérant par les moindres mouvements, non seulement localisée au niveau de l'articulation, mais aussi irradiée à distance ; nocturne, elle provoque de l'insomnie et n'est calmée que par la morphine. Elle peut être accompagnée d'une réaction fébrile générale et d'un peu d'anorexie. La radioscopie révèle l'intégrité des surfaces articulaires et la ponction retire un peu de sang. La durée de ces hémarthoses simples n'est que de 24 à 48 heures dans les cas bénins, souvent de trois à six jours dans les cas plus graves ; enfin l'épanchement peut ne disparaître qu'en quinze jours à trois semaines, s'accompagner d'atrophie muscu-

laire (genou, hanche), avec récidives fréquentes, ce qui donne finalement le tableau de l'arthropathie subaiguë.

2° L'*arthropathie subaiguë*, primitive ou secondaire à des poussées d'hémarthrose simple, réalise le tableu d'une arthrite fongueuse (Mauclaire).

L'article est gros, déformé, tuméfié, les mouvements sont douloureux ; on perçoit un empâtement fongueux dans les culs-de-sac. L'atrophie musculaire est très marquée. Une des formes les plus intéressantes est l'*arthropathie hémophilique grave douloureuse de la hanche* (Cruet), caractérisée par une anesthésie et parésie dans le domaine du crural, et dont la gravité réside surtout dans l'atrophie consécutive du muscle quadriceps. Signalons enfin l'arthropathie médio-tarsienne, véritable tarsalgie hémophilique.

3° L'*arthrite chronique ankylosante* est l'aboutissant de la forme précédente. L'articulation s'ankylose en position vicieuse ; les douleurs et les craquements apparaissent au moindre mouvement La radioscopie révèle les déformations osseuses (Bowlby).

Les rares autopsies ont permis de constater qu'il y avait dans l'hémarthrose simple un sang fluide emplissant la jointure ; plus tard il se produit des dépôts de fibrine au niveau des cartilages, enfin l'altération cartilagineuse et l'ankylose fibreuse, lésions analogues à celles de l'arthrite déformante. Signalons les subluxations et les modifications de structure des extrémités osseuses (ostéophytes).

Le diagnostic se base surtout sur les antécédents, la coexistence d'autres accidents hémophiliques et l'examen du sang. Il sera facile d'éliminer le scorbut et la maladie de Barlow, le rhumatisme articulaire aigu, l'ostéomyélite aiguë. Plus délicat est le diagnostic avec les arthropathies nerveuses, et surtout l'arthrite blennorrhagique, tuberculeux et syphilitique. L'arthrite blennorrhagique se diagnostique par les antécédents ou la coexistence de suppuration gonococcique, par sa fixité et l'ankylose précoce. Le liquide intra-articulaire est séreux, séropurulent ou séro-sanguinolent. L'arthrite tuberculeuse s'en différencie par l'ostéite des condyles atteints, la longue durée, la présence d'adénopathies ou d'une autre localisation bacillaire.

L'arthrite syphilitique tertiaire s'accompagne d'un épaississement « en blindage » de la synoviale et guérit par le traitement spécifique.

Formes Cliniques. — 1° *Hémophilie familiale*. — Les symptômes que nous venons de décrire se rapportent surtout à ce type. Suivant la gravité des accidents et leur évolution, Dunn distinguait des formes graves, moyennes et légères. La forme grave débute très tôt, se traduit par des hémorragies à répétition et des arthropathies ; elle entraîne souvent la mort dans le jeune âge soit par hémorragie, soit par anémie pernicieuse, soit par complication (tuberculose, maladie infectieuse).

La forme moyenne, la plus fréquente, s'accompagne d'épistaxis, d'ecchymoses, d'hémarthrose. Elle guérit souvent à la puberté.

La forme légère se traduit uniquement par la tendance à saigner à l'occasion de chocs et de coupures. Chez certains femmes on ne note que quelques accidents au moment des règles ou de l'accouchement.

2° *Hémophilie sporadique*. — Cette forme est plus rare et beaucoup moins grave. Chez l'homme elle se caractérise cliniquement par des hémorrhagies cutanées et muqueuses, surtout provoquées, peu intenses, sans hémorragies viscérales, ni articulaires.

Hématologie. — Le sang des hémophiles ne présente au point de vue cytologique que peu de particularités.

Le nombre des hématies est plus ou moins diminué suivant la fréquence et l'abondance des hémorragies.

La valeur globulaire est sensiblement normale, et le taux de l'hémoglobine est en rapport avec l'intensité et la fréquence des pertes sanguines.

Le nombre des hématoblastes est tantôt au dessous, tantôt au dessus de la normale sans rien de constant.

Sahli a signalé la lymphocytose (mononucléose relative) et Carrière dans tous les cas une éosinophilie plus ou moins accentée.

Coagulation. — Le fait capital est le retard de la coagulation du sang (Klippel et Lhermitte, Sahli, Weil).

Les procédés employés pour mesurer le retard de la coagulation fournissent des résultats différents.

On peut faire tomber une goutte de sang sur une lame de verre et noter le temps au bout duquel elle ne coule plus et ne se déforme plus quand on incline la lame. Ce procédé montre de grands retards, mais la durée exacte est impossible à apprécier, car le sang se dessèche avant de coaguler.

Le procédé de Wright consiste à aspirer du sang dans une série de tubes capillaires et à souffler de minute en minute dans les divers tubes pour voir si le sang est coagulé, on constate que le sang des hémophiles coagule en 10, 20, 30 minutes au lieu de coaguler en 3 à 4 minutes comme à l'état normal.

Sabrazès note également le début de la coagulation dans des tubes en verre d'un millimètre de diamètre. Son procédé nécessite l'emploi de boîtes en cristal dans l'intérieur desquelles on peut maintenir une température constante.

Actuellement la mesure du retard de la coagulation se fait grâce au procédé de Hayem perfectionné par Weil. Hayem recueille au doigt, par piqûres, 3 cmc. de sang dans des tubes à fond plat d'un diamètre de 1 cm. analogue aux tubes de l'hématimètre. On note le moment où le sang se prend en gelée (début de la coagulation) et celui où l'on peut retourner complètement le tube (fin de la coagulation).

Le sang des hémophiles ne coagule qu'en plusieurs heures (11 heures dans un cas de Hayem).

P. E. Weil a montré que la prise du sang dans la veine du pli du coude ne présentait aucun danger chez les hémophiles. Le retard de la coagulation est plus considérable qu'avec le sang capillaire et le sang présente des caractères différents dans l'hémophilie spontanée et dans l'hémophilie familiale.

Le mode d'écoulement n'est pas le même. Il est très rapide pour du sang veineux dans l'hémophilie spontanée, l'aiguille n'a aucune tendance à s'obstruer, car le sang est très fluide. Au contraire, dans l'hémophilie familiale l'écoulement est lent, il s'arrête souvent car le sang visqueux se concrète dans l'aiguille sans cependant former de caillot.

La coagulation très retardée est précédée par la sédimentation, c'est-à-dire la séparation du liquide en 2 couches, l'une inférieure rouge, formée par les hématies ; l'autre supérieure, plasmatique, jaunâtre.

Cette recherche doit être effectuée sur le sang veineux et sur le sang capillaire; en effet, Weil et Claude ont observé que le sang veineux présente souvent de la sédimentation spontanée et divers troubles de la coagulation, tandis que le sang capillaire semblait normal. Cette sédimentation peut être totale ; dans le dépôt on trouve de haut en bas des hématoblastes, puis des leucocytes mêlés à des hématoblastes, et des hématies au fond, mais cette séparation parfaite est rare et presque toujours le plasma qui surnage contient encore des hématoblastes.

Dans l'hémophilie, le début de la sédimentation est tardif, puis survient une chute rapide des éléments figurés et dans une troisième phase la sédimentation se ralentit et se complète peu à peu La sédimentation est plus rapide dans l'hémophilie familiale (une heure et demie à deux heures).

La coagulation débute par le plasma qui se gélifie, puis brusquement elle se termine en s'étendant au cruor (coagulation plasmatique de Gilbert et Weil).

La durée de la coagulation atteint 45 à 75 minutes dans l'hémophilie sporadique ; dans l'hémophile familiale et surtout chez les enfants, elle atteint deux, quatre, neuf heures (Weil).

Hayem a montré que la chaleur accélère notablement la coagulation. Sahli a constaté que le sang d'un hémophile recueilli au niveau d'une plaie qui saigne depuis longtemps coagule en un temps presque normal ; il en est de même à la fin de la période hémorragique quand le sang est recueilli en un autre point du corps. Le caillot est rétractile ; pour P. E. Weil, dans l'hémophilie familiale, la rétractilité est cependant un peu inférieure à la normale ; la partie supérieure plasmatique du caillot est plus rétractée que la partie inférieure cruorique, et le caillot présente parfois tendance à s'émietter en flocons.

Chez les hémophiles, ces caractères sont d'ailleurs variables suivant les cas, et, chez un même malade, suivant le moment où l'on a pratiqué l'examen du sang. Tout récemment enfin, Weil et

Boyé ont fait remarquer que l'hémophilie familiale ne revêt pas toujours le type de la grande hémophilie, avec lésions sanguines accentuées. Il s'agissait dans leur cas d'un enfant hémophilique de famille hémophile. L'examen du sang montra des caractères analogues à ceux que l'on trouve dans l'hémophilie familiale, mais très légers. Les troubles de coagulation minimes n'existaient que sur le sang veineux. Il n'y avait que des traces de sédimentation ; la coagulation était un peu retardée (15 minutes) ; l'exsudation de sérum était rapide, et la rétraction normale ; mais le lendemain le caillot présentait un léger émiettement. Ces troubles sont identiques à ceux des femmes apparemment saines dans les familles de grands hémophiles.

Chez les ascendants on relevait plusieurs cas d'hémophilie, mais légère et larvée, avec morbidité faible et seul le grand-père était grand hémophile. Se basant sur ces faits, Weil et Boyé considèrent ce cas clinique comme une étape vers la grande hémophilie ou plutôt comme un de ses modes de disparition.

Pronostic. — Il se base sur les éléments suivants :

Age du sujet.— Plus l'hémophilie est précoce, plus elle est grave.

Sexe. — Elle est plus grave chez l'homme, car il est plus exposé aux traumatismes, néanmoins l'accouchement peut être, chez la femme, le point de départ d'hémorragies mortelles.

Siège de l'hémorragie. — Les épistaxis, les hémorragies du cordon sont les plus sérieuses.

Nature de l'hémophilie. — L'hémophilie familiale héréditaire est la plus grave. D'après le statistique de Carrière, la mort survient dans les 5 premières années : 54 % ; dans les 10 premières années, 64 % ; dans les 20 premières années, 89 %.

Les *arthropathies* peuvent donner lieu à des infirmités définitives.

Les maladies infectieuses revêtent enfin parfois chez les hémophiles des formes graves hémorragiques.

Anatomie pathologique. — En dehors des hématomes, des hémorragies interstitielles ou viscérales (pulmonaires, hépatiques), les seules lésions constatées ont été des malformations cardiaques (atrophie du ventricule droit, perforation de la cloison interventriculaire, étroitesse des vaisseaux de la base du cœur).

On a signalé dans certains cas des altérations de structure de la paroi des petits vaisseaux. La tunique moyenne est mince et peut disparaître par places. On l'a trouvée parfois opaque.

Dans un cas, les vaisseaux étaient oblitérés par les masses cellulaires provenant de la prolifération de l'endothélium vasculaire.

Pathogénie. — Les théories invoquées pour expliquer la pathogénie d'une maladie aussi bizarre que l'hémophilie sont extrêmement nombreuses.

Nous ne citons que pour mémoire les recherches de Koch et de Finkelstein sur l'origine microbienne de l'hémophilie. On peut, avec Labbé, grouper en quatre catégories les théories pathogéniques de l'hémophilie.

1° *Théorie vasculaire.* — Soutenue par Hayem, Liston, Fischer et enfin Virchow, qui à l'autopsie d'un hémophile note l'atrésie aortique avec légère sclérose et dégénérescence graisseuse de la tunique intense.

Mais on a retrouvé ces lésions chez des sujets non hémophiles et il faut observer que ce n'est pas la rupture facile des vaisseaux qui explique seule la prolongation des hémorragies. Buhl, Birch-Hirschfeld, Forster, Kidd, ont décrit des lésions des capillaires sanguins, mais elles sont inconstantes.

2° *Théorie circulatoire.* — Gavoy a constaté chez les hémophiles une hypertrophie du ventricule gauche, que Sahli a retrouvée dans trois cas ; mais l'augmentation de la pression artérielle n'est pas constante dans l'hémophilie. En outre, les hypertendus ont bien une certaine propension aux hémorragies, mais celles-ci n'ont pas le caractère persistant des hémorragies des hémophiles.

3° *Théorie nerveuse.* — Soutenue par Lancereaux, Recklinghausen, elle se base sur les expériences de Vulpian et Ollier qui ont observé après traumatisme de l'isthme de l'encéphale une congestion intense des vaisseaux abdominaux, des apoplexies pulmonaires et rénales.

4° *Théorie sanguine.* — C'est la théorie admise actuellement pour la très grande majorité des cas d'hémophilie.

On sait, en effet, que le sang des hémophiles présente un retard de la coagulation facile à mettre en évidence ; mais quelle est la cause de ce retard de la coagulation ?

On a voulu la rechercher dans une altération des éléments cytologiques du sang. La diminution du nombre des hématoblastes, invoquée par Litten, n'a été retrouvée ni par Hayem, ni par Sahli, ni par Weil. La mononucléose relative (Sahli, Weil) a été invoquée. On s'est enfin reporté sur l'étude chimique du sang. On sait actuellement que la coagulation du sang résulte de l'action d'un ferment, la plasmase, thrombine, matière fibrino-plastique sur une substance albuminoïde, la matière fibrinogène contenue dans le plasma sanguin. La plasmase serait contenue dans les leucocytes. Mais comme tout ferment, la plasmase existe d'abord à l'état de proferment inactif, et il faut l'action d'une kinase pour la faire passer à l'état de ferment actif. La plasmase résulte donc d'une série d'élaborations cellulaires et de transformations chimiques dans lesquelles interviennent les sels de calcium (Arthus). Ainsi l'insuffisance de la coagulation peut être rapportée à trois causes : 1° le défaut de matière fibrinogène. Il n'en est point ainsi chez les hémophiles, car la fibrine est en quantité normale ; 2° le défaut de plasmase ou son imperfection ; 3° la présence d'une substance anticoagulante.

Sahli a montré qu'en additionnant à du sang d'hémophile une très petite quantité de sang défibriné d'homme normal, on accélère la coagulation en apportant sans doute des ferments ou proferments qui font défaut chez l'hémophile.

P. E. Weil a constaté que ces lésions du sang étaient différentes dans l'hémophilie sporadique et l'hémophilie familiale : 1° dans l'hémophilie sporadique, il y a simplement défaut de plasmase. Si l'on ajoute à trois centimètres cubes de sang hémophile une à trois gouttes de sérum normal, la coagulation se produit dans un temps normal et sous une forme normale. Le chlorure de calcium n'a qu'une action accélérative insuffisante ; à haute doses il retarde la coagulation (Wright) ; 2° dans l'hémophilie familiale, il y a non seulement insuffisance de plasmase (l'addition de sang normal accélère la coagulation, mais ne la rend pas normale) ; mais encore des substances anticoagulantes (l'addition de quatre gouttes de sang hémophile à trois centimètres cubes de sérum normal retarde la coagulation). Le chlorure de calcium a une action favorisante ; il accélère la coagulation sans en modifier la forme, qui reste anormale.

Récemment, Morawitz et Lossen, étudiant un cas d'hémophilie familiale (famille Mampel), n'ont pas retrouvé les substances anticoagulantes dont le rôle est invoqué par Weil ; ces substances seraient même moins abondantes dans le sang hémophile que dans le sang normal. Nolf se rallie à leur opinion.

Mais à quoi attribuer le défaut de plasmase ? S'agit-il uniquement d'insuffisance leucocytaire dans la sécrétion des ferments coagulants ? Ne faut-il pas faire jouer un rôle aux cellules de la paroi vasculaire qui interviendraient activement dans la sécrétion d'une thrombozyne ? (Nolf, Sahli).

Enfin ne peut-on, avec Morawitz et Lossen, considérer l'hémophilie comme le résultat d'une diminution du pouvoir fermentatif des cellules de tout l'organisme (peau, tissu conjonctif, thymus, testicule, glandes à sécrétion interne) ? Elle sortirait ainsi des limites étroites d'une maladie du sang et deviendrait une anomalie « de la propriété fermentetive chimique du protoplasme » (Sahli, Morawitz).

Les discussions ne sont pas closes sur ce sujet et des recherches sont encore à faire pour en éclairer la pathogénie. Aussi est-il bien difficile de conclure dans l'état actuel de la question, et nous ne pouvons mieux faire que de terminer cette pathogénie en reprenant la classification d'attente des différentes formes d'hémophilie en se basant sur la clinique, sans préjuger des théories :

1° L'hémophilie sporadique par insuffisance de plasmase ;

2° L'hémophilie familiale par insuffisance de plasmase et présence de substances anti-coagulantes.

Les caractères distinctifs entre ces deux types cliniques ne sont peut-être pas aussi tranchés qu'il semble au premier abord. P. E.

Weil a publié en octobre 1908 l'observation d'un cas d'hémophilie d'apparence spontanée qui présentait cependant les caractères d'une hémophilie familiale. Cliniquement, les accidents hémorragiques étaient intenses et répétés, l'examen du sang montrait un grand retard de la coagulation (12 h.) avec sédimentation, rétraction imparfaite et mollesse du caillot, anomalies qui ont diminué sans disparaître complètement par le traitement sérothérapique. Il semble d'après ce cas et deux autres analogues que « l'hémophilie familiale peut apparaître subitement dans une famille antérieurement saine qu'elle frappe partiellement ou de façon multiple ; et l'on est en droit de séparer l'hémophilie familiale en une variété héréditaire et une variété non héréditaire. Cependant rien ne prouve que ces cas ne se transmettront pas ultérieurement, suivant le mode habituel de l'hémophilie, et que nous n'assistions pas simplement, dans ces trois familles, au début d'une hémophilie héréditaire ».

3° Peut-être y a-t-il une hémophilie due à une insuffisance des sels de chaux (hémophilie acalcique de Stella). ;

4° Enfin, on a publié des cas d'hémophilie relevant de toubles vasculaires : ainsi ceux de Chauffard et de Labbé. La malade de Chauffard présentait de petites taches rouges éparses sur la surface des téguments, au niveau desquelles se faisait l'hémorragie. La formation du réticulum fibrineux était retardée. Chez la malade de Labbé, il y avait une asthénie veineuse générale et des éruptions de nævi sur tous les points du corps ; « la rupture d'une varicosité ou d'un nævus déterminait une hémorragie très difficile arrêter ».

S'agit-il là d'hémophilies vraies ? Si l'on adopte les opinions actuelles sur la nature de l'hémophilie relevant d'un vice dans la coagulation du sang, ces cas ne rentrent plus dans le cadre de l'hémophilie. C'est également la conclusion à laquelle se rallient Osler et Hawthorne. Ces auteurs ont observé des cas d'épistaxis à répétition associée à des télangiectasies multiples de la peau et des muqueuses. Dans le cas de Hawthorne, il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans ayant eu neuf enfants et qui depuis sa première grossesse avait remarqué la présence de « taches rouges », sur la face ainsi qu'aux extrémités des doigts. Ces taches étaient des télangiectasies . Or depuis l'enfance elle était sujette à des épistaxis de même origine. Fait vraiment curieux, le père et une sœur de cette malade ressentaient des troubles analogues et avaient des « taches identiques ».

Dans les cas de Osler, 2 se rapportent à deux frères, et plusieurs membres de la famille semblaient atteints. Cet état morbide semble donc avoir un certain caractère familial, mais il se distingue de l'hémophilie en ce que ces hémorragies dépendent de causes purement locales, les télangiectasies cutanées ou muqueuses.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile si l'on se trouve en présence d'un sujet qui présente des accidents hémorragiques depuis l'enfance avec conservation d'un bon état général. Il est aisé de distinguer l'hémophilie de certaines maladies bien déterminées, le scorbut, la maladie de Barlow, la leucémie aiguë hémorragique.

Le scorbut, exceptionnel dans nos climats, débute par des hémorragies gingivales chez des individus vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques.

La maladie de Barlow survient chez des nourrissons rachitiques, mal nourris, et atteints de troubles digestifs. Les membres inférieurs sont œdématiés ; l'impotence est presque complète ; on n'observe sur la peau que de rares ecchymoses localisées aux points de pression.

L'hématidrose surviendrait chez des femmes nerveuses, sans aucun symptôme hémophilique.

Le diagnostic avec certains purpuras chroniques et en particulier la forme chronique de la maladie de Werlhof est parfois beaucoup plus délicat.

Dans la maladie de Werlhof, le malade est recouvert d'ecchymoses de grandes dimensions siégeant sur tout le corps ; les hémorragies sont sutout buccales et nasales. Il y a absence d'autre trouble et conservation d'un bon état général; souvent on note des troubles gastro-intestinaux; l'évolution se fait par poussées successives.

Depuis les recherches de Hayem, il est classique d'attribuer au purpura les deux caractères hématologiques suivants : diminution des hématoblastes et irrétractibilité du caillot. Mais ces signes, constants dans les purpuras hémorragiques graves infectieux, n'existent que pendant les crises hémorragiques dans la maladie de Werlhof et sont inconstants dans les purpuras toxiques. D'autre part, l'irrétractibilité du caillot se note parfois dans l'hémophilie et le retard de la coagulation du sang peut s'observer dans les états hémorragipares. La distinction est donc impossible en clinique et les différences peu tranchées au point de vue hématologique (Weil, Labbé).

D'après M. Labbé, il y aurait lieu de décrire à côté de l'hémophilie vraie, un syndrome hémophilique : parfois associé à d'autres syndromes hématiques, au purpura (Labbé) ; à l'anémie pernicieuse progresive (Labbé et Laignel-Lavastine), à l'ictère. On peut ainsi décrire des *états hémophiliques* : hémophilies secondaires de Stella, dans lesquelles le syndrome hémophilique relève de causes morbides variées : infections (variole, scarlatine, fièvre typhoïde) ; intoxications d'origine exogène (venins, peptone, médicaments), ou endogène (insuffisance hépatique, rénale, thyroïdienne, surrénale, ovarienne, celle des goutteux, des uricémiques, des diabétiques, etc.). Ces faits restent néanmoins discutés et certains auteurs font remarquer que le retard de la coagulation dans ces cas est loin d'être aussi considérable que dans l'hémophilie vraie. La sérothérapie paraît enfin moins active à leur égard.

Traitement. — De nombreux traitements ont été préconisés contre les hémorragies hémophiliques. Elles s'arrêtent difficilement par les hémostatiques ordinaires (perchlorure de fer, antipyrine, ergotine, eau oxygénée, cautérisation ignée, tamponnement ou compression simple). Souvent, après l'application d'un de ces moyens, l'hémorragie, qui avait cessé, reparaît. L'adrénaline a été préconisée et en certains cas employée avec succès. Les injections de sérum salé artificiel (Tuffier) sont indiquées. Le régime doit être tonique, en évitant l'alimentation trop carnée. On prescrira le fer et l'arsenic. Contre la maladie elle-même on a employé successivement la gélatine, les sels de calcium, l'opothérapie, la sérothérapie.

1° La *gélatine* peut être appliquée localement au cours d'épistaxis (P. Carnot), introduite par le tube digestif en lavement ou par la voie sous-cutanée (20 à 100 cc. de sérum artificiel gélatineux de 1 à 5 %). Heymann et Baginsky ont eu des succès. P. Carnot fait des réserves, M. Labbé et Froin ont montré qu'elle n'avait pas d'action sur les hémorragies et que la coagulabilité du sang n'était pas augmentée chez leurs malades ;

2° L'*opothérapie thyroïdienne* (Dejage, Combemale et Gaudier B. Jones, Faller) a été parfois suivie de succès, Zavadier a employé l'*extrait d'ovaire*. L'ingestion d'*extrait de foie* n'a donné aucun résultat appréciable ;

3° Arthus a montré le rôle des *sels de calcium* sur la coagulabilité du sang. Wright, Carnot, ont employé le chlorure de calcium soit localement, soit par ingestion à titre préventif ou curatif. Mais cette action est toute momentanée. De plus, Wright a montré que si l'ingestion est poursuivie plus de trois ou quatre jours, la coagulation du sang, d'abord augmentée, est diminuée. On peut donc administrer ce sel à la dose de 2 à 4 gr. par périodes de trois jours suivies d'une période de repos égale (Labbé). Le lactate de calcium serait plus efficace et mieux toléré (Boggs, Wright).

4° L'*injection de sérum de cheval* paraît être actuellement le meilleur traitement, Frey, puis Weil, ont bien montré son action sur le sang des hémophiles.

Dans l'hémophilie sporadique, la sérothérapie rend la coagulation normale au bout de 2 jours ; l'effet persiste pendant vingt-cinq jours ; puis va en s'affaiblissant. Au bout de deux à trois mois, le sang reprend ses anomalies.

La médication n'agit donc pas sur la cause de l'hémophilie, mais s'adresse à son mécanisme physiologique. Dans l'hémophilie familiale, la coagulation est accélérée, mais elle reste anormale dans le temps et la forme.

« Les sérums d'homme, de lapin, de cheval, de bœuf, se sont montrés efficaces, bien que, *in vitro*, l'action du sérum humain soit plus marquée pour la correction des lésions hématiques ». On emploiera des sérums frais, quoique des sérums âgés de 3 mois aient donné des résultats.

Seul le sérum bovin a déterminé des accidents sériques parfois bruyants, on évitera donc son emploi. A défaut de sérum de cheval frais, on peut employer du sérum antidiphtérique. En in-

jection intraveineuse la dose sera de 10 à 20 cc; par la voie sous-cutanée, l'injection sera plus forte (20 à 40 cc.).

Le sérum a également une action hémostatique locale (pansements au sérum frais, tamponnement au sérum) (Broca).

On pourra l'employer avec plus ou moins de succès dans certains états hémorragiques (Weil, Mauclaire). Grâce à la sérothérapie on peut sur des hémophiles effectuer des opérations qui sans elle pourraient être suivies d'hémorragie intense ou mortelle. Des avulsions dentaires, de grandes opérations chirurgicales (empyèmes, abcès périnéphrétique) ont pu être pratiquées sans incident.

Récemment, de Rouville (Montpellier) dit avoir utilisé avec succès le sérum artificiel de Fleigge, à minéralisation complexe et à fer insoluble. Enfin, Nolf a préconisé le tamponnement de la plaie à l'aide d'extrait de rate frais.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citons que quelques-unes des publications sur l'hémophilie et nous renvoyons à la bibliographie du rapport de M. Carrière.

BROCA. — Hémophilie rénale et hémorragies rénales sans lésions connues. (*Ann. des mal. des org. g.-u.*, 1894, XII, 881-898.)— Traitement des hémorragies chez les hémophiles. (*Revue gén. de cl. et de thér.*, 1908, XXII, p. 173.)

CARNOT. — L'hémostase par la gélatine. (*Pr. Méd.* 1897, p. 167.)

CARRIÈRE. — Hémophilie. Rapport au Congrès français de médecine. Paris, 1907.

CHAUFFARD. —Hémophilie avec stigmates télangiectasiques, (*Soc. méd. hôp.*, 10 avril 1896, p. 352.)

COMBY. — H. articulaire. (*Pr. méd.* 9 sept. 1908.)

COSTE.— Thèse Paris, 1901. (Contribution à l'étude de l'hématome.)

CRUET. —H. articulaire. (*Pr. méd.*, 9 sept. 1908.)

DE BOVIS. —De l'hémophilie chez la femme. (*Sem. méd.*, 1905, p. 421.)

DELEZENNE. — Note sur un cas d'hémophilie hystérique. (*Bull. méd. Nord*, 1891, p. 541.)

DOMMARTIN. — Thèse Paris, 1903. Hémophilie.

DE STELLA. — Pathog. et trait. de l'hémor. (*Société de médecine de Gand*, 2 juin 1908.)

DÉJAGE. — Un cas d'hémophilie traité avec succès par le corps thyroïde. (*Méd. mod.*, 1897, p. 764.)

FERRIER. —Phosphaturie, décalcification et hémophilie. (*Soc. biol.*, 11 juil. 1903, p. 931.)

GAYET. — Arthrop. et hém. diffuse chez les hémophilies. (*Soc. hebd. de méd. et ch.*, 1895, p. 258.)

GILBERT et LEREBOULLET. — Des hémorragies dans l'ictère acholurique simple. (*Soc. méd. hôp.*, 15 mars 1901.)

Cholémie fam. à forme hémorr. — *Soc. méd. h.* 27 déc., 1901, p. 138). —La cholémie simple fam. (*Sem. méd.*, 24 sept. 1901.)

GRENAUDIER. — Thèse Paris, 1882.

HOWTHORNE. — *Lancet*, 13 janvier 1906.

JULLIEN. — Hérédo-syphilis malf. diverses, absence des ongles. Hémophilie. (*J. des mal. cut. et syph.*, 1899, p. 257.)

KLIPPEL. — Note sur un cas d'hémophilie. (*Ann. med. ch. fr. et étr.*, 1885, p. 16.)

KLIPPEL ET LHERMITTE. — Lésions du sang au cours des grandes maladies hémorragipares. (*Arch. gén. med.*, 1904, p. 257.)

M. LABBÉ. — L'hémophilie pathog. et trait. Rapport au Congrès français de médecine 1907, et *Revue de médecine*. 10 août 1908.)

LABBÉ et FROIN. — Inj. de sérum gélat. dans le trait. des hém. (*Pr. méd.*, 20 mai 1903, p. 384.)

LAUNAY. — Th. Paris 1899. — Arthrop. et hématomes.

LEBERT. — Recherche sur les causes, les symp. le trait. des hém. constit. (*Archiv. gén. méd.*, 1837, XV, p. 36.)

LOSSEN. — *Z. Klin. med.*, 1905.

LENOBLE. — Contribution à l'étude clinique du sang. (Th. Paris, 1898.)

LION. — Hémophilie (*In Tr. Br.* G.)

MEYNET. — *These Lyon*, 1895, 6. — Des arth. hémop.

MILIAN. — (*C. R. soc. biol.*, 25 mai 1901. (Contrib. à l'étude de la coag. du sang.) — 1er juin 1901. (Infl. de la peau sur la coag. du sang.) — (*Soc. méd. hôp.*, 5 juil. 1901, p. 777. Technique pour l'étude clinique de la coag. du sang.)

P. MORAWITZ et J. LOSSEN. — Ueber Hæmophilie. (*Deutsche Archiv, f. Klin. Mediz.* Leipzig, 1908, Band. 94, p. 110-124.)

NOLF. — Nature et traitement de l'hémophilie. (*Scalpel* et *Liège Médical*, n° 6 et 7 (p. 73-85, août 1908.)

SAHLI. — Uebér der Wesen der Hemophilie. (*Zeit. f. klin. Med.*, 1904, p. 264.)

SWANTON. — Hœmophilie transmitted through the male. *Lancet*, 1907, p. 1385.)

TARDIEU.— Obs. de diath. hém. avec doul. artic. (*Arch. gén. de med.* 1841, X, 185).

VALUDE. — Hématome orbito-palp. à répét. chez une hémophilie. (*Ac. med.*, 16 fév. 1897.)

P. E. WEIL.— Etude du sang dans un cas d'hémophilie. (*C. R.* 16 oct. 1905.) — Sérothérapie de l'hémophilie (23 oct. 1905.) — Etude du sang chez les hémophiles. (*Soc. méd. hôp.*, 1906, 26 oct. p. 100.) —Recherches cliniques et physiopath. sur l'hémophilie d'après six cas. (*S. m. h.* 2 nov. 1906, p. 1018.) — Des injections de sérum sanguin frais dans les états hémorragipares. (*S. m. h.* 18 janvier 1907, p. 319.) — Un cas d'hémophilie spontanée à type de grande hémophilie familiale. (*S. méd. hôp.* 23 août 1908, p. 371.) — Traitement de l'hémophilie (*Congrès français de médecine*, 1907.) — L'hém. pathogénie et sérothérapie. (*Pr. méd.* 18 oct. 1905, p. 673.) — De l'hémostase chez les hémophiles. (*Revue prat. d'obst. et de pédiat.*, 1907, p. 65.) — La coagulation du sang dans les états hémorragipares. (*Soc. biol.*, 8 déc. 1906.)

P. E. WEIL et BOYÉ. — Histoire d'une famille d'hémophiles La petite hémophilie familiale. (*Soc. méd. hôp.*, 23 oct 1908, p. 377.)

P. E. WEIL et CLAUDE. —Les hém. et tr. de coag. du sang dans les néphrites. (*Soc. méd. hôp.*, 19 avril 1907, p. 43.) — Histoire d'un grand hémophile. (*Cong. fr. de méd.*, 1907.)

WRIGHT. — On a method of determining the condition of blood coagulability for clinical and experim. perf. and the effet of the adm. of calc saltz hémophilæ. (*B. M. J.*, 1893, II, 223.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours de médecin des hôpitaux.

Emue par les scandales récents auxquels a donné lieu le dernier concours, la Société médicale des hôpitaux de Paris s'est réunie vendredi dernier pour discuter les réformes à introduire, en vue de réaliser une forme plus juste de jugement des candidats.

Après une discussion très confuse, elle a, par ses votes, donné quelques indications à la commission nommée pour rédiger un rapport sur la question.

Les plus importantes de ces indications ont été les suivantes : anonymat des copies, multiplicité des jurys ; attribution des notes d'après la moyenne des points et non d'après la majorité des juges ; retour à l'ancien mode de concours, sans admissibilité définitive.

On peut dire que, pour les trois premières réformes, l'unanimité a été absolue et l'on se rendra compte, en effet, que ce sont là des garanties sérieuses d'équité. Il n'en a pas été de même de la dernière, qui n'a réuni qu'une majorité médiocre et sur le vote de laquelle il faudra certainement revenir. Elle n'a pas été discutée, alors qu'elle méritait une étude approfondie.

L'*anonymat des épreuves écrites* est à coup sûr un excellent moyen d'empêcher le favoritisme, surtout si la copie anonyme est lue publiquement.

Il y a cependant un très gros écueil à éviter, surtout si l'on conserve l'admissibilité définitive : c'est que les notes de l'épreuve clinique, qui ne peut être anonyme, ne viennent corriger les résultats de l'épreuve écrite anonyme. Il serait facile de relever la note d'un candidat et d'en faire un admissible, surtout si le jury d'écrit avait coté tout le monde sur un pied de presque égalité, ce qui est fréquent en matière de concours de médecine.

Je ne vois qu'un moyen de parer à ce danger, c'est de faire de la petite admissibilité une épreuve éliminatoire dont les notes ne soient pas additionnées à celles des

épreuves cliniques. On aurait ainsi à la base du concours une sélection sérieuse, au-dessus de tout soupçon, qui favoriserait certainement les candidats sérieux et instruits, aujourd'hui placés par le hasard sur le pied d'égalité avec les médiocres.

On pourrait donc faire une *petite admissibilité définitive* qui libèrerait très vite les candidats des épreuves théoriques et leur laisserait tout le temps de travailler la clinique et de se livrer à des recherches personnelles.

La *multiplicité des jurys*, un jury par épreuve, serait également le meilleur procédé pour en annihiler les combinaisons. On serait, en outre, de la sorte, dans l'impossibilité de dresser la liste des élus avant la fin du concours, ce qui ne serait pas un mince avantage à une époque où la presse politique ne se contente pas de publier les pronostics de Longchamps et d'Auteuil.

Enfin l'*attribution des notes d'après la moyenne des points* et non d'après la majorité des juges donne à chacun de ceux-ci leur importance, ce qui les invitera à siéger jusqu'à la fin du concours et leur enlèvera l'envie ou le prétexte de démissionner bruyamment.

On peut dire que si ces divers points sont réalisés dans le projet futur, le concours des hôpitaux présentera le maximum de garantie d'impartialité, et c'est à ce but que tendent les discussions actuelles.

On ne voit pas dès lors pourquoi un grand nombre de médecins des hôpitaux demandent le retour à l'ancien concours de 1880, sans admissibilité définitive. Pensent-ils y trouver plus de justice ? Beaucoup de nos anciens sont venus nous dire que c'était la même chose en 1880 qu'en 1909 et qu'il était également possible de dire, en 1880, qui serait nommé, quand le jury était constitué ; seulement, à cette époque, la presse politique ne s'occupait pas de ces choses-là. On ne voit pas pourquoi réclamer le retour à l'ancien mode.

Ce serait là, d'ailleurs, rétrograder au sens vrai du mot, car si l'on a modifié le concours unique, c'est qu'il avait de sérieuses raisons d'être modifié, mais différentes de celles qui agitent aujourd'hui l'esprit des juges : les candidats étaient en concours perpétuel avec ces concours longs, qu'il fallait subir en totalité d'un bout à l'autre et qui se renouvelaient deux et trois fois par année. On a allégé leur tâche, que leur nombre croissant rendait de plus en plus lourde, en dédoublant le concours. Il est indispensable de ne pas toucher à ce dédoublement.

Il y a une autre raison d'ordre pratique de conserver le mode de concours actuel : c'est qu'une réforme a d'autant plus de chances d'être adoptée par l'administration qu'elle introduit moins de modifications dans ses rouages.

Il semble donc qu'on puisse être satisfait si l'on garde le mode de concours actuel (1), en y introduisant seulement les modifications de forme suivantes : *anonymat des copies, petite admissibilité définitive, un jury par épreuve, établissement de la note d'après la moyenne des points* et non d'après la note qui a obtenu la majorité.

G. MILIAN.

(1) On pourrait, au besoin, ajouter une épreuve clinique à l'admissibilité.



MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la toux émétisante par les agents sternutatoires ;

Par MM.

Ch. GARIN
Interne des hôpitaux de Lyon

P. ROCHAIX
Pharmacien adjoint des hôpitaux de Lyon

La médication sternutatoire, après avoir joui dans les temps anciens d'une grande vogue, est aujourd'hui totalement oubliée.

Hippocrate en parlait avec faveur (1), et plus près de nous, Forestus, Scribonius Largus (1529) en font grand cas.

La *Pharmacopée royale de Lémery* (1711) résume ainsi les propriétés des sternutatoires : « Ils sont propres pour l'éternûment et décharger le cerveau, ou pour réveiller quelque apoplectique ou léthargique. Ils délayent et raréfient la pituite trop grossière qui était arrêtée en haut du nez et la font évoluer...

« Ils sont propres pour les douleurs de tête qui proviennent d'une pituite crasse ; pour l'épilepsie, pour l'apoplexie, pour la paralysie, pour les maladies des yeux et pour toutes les maladies du cerveau provenant d'humeurs pituiteuses grossières » (2).

Aujourd'hui, on ne peut voir, avec le Dr Coiffier cité par Soulier « dans l'éternûment qu'un moyen de désobstruer les bronches chez un vieillard, un cachectique qui n'a plus la force ni de tousser ni de cracher et dont l'arbre aérien est rempli de mucosités ».

Et en réalité, de cette médication dont les anciens faisaient si grand cas, il ne reste plus guère à l'heure actuelle que les deux indications fixées par Schwilgué (3) :

1. Pour expulser les corps étrangers des voies aériennes.
2. Pour rétablir la respiration en cas de lipothymie ou de syncope.

Le hasard nous a permis de découvrir une nouvelle propriété des sternutatoires : nous avons vu *qu'ils agissent admirablement sur les vomissements dus à la toux dans la tuberculose, et qu'il les suppriment*. Il fut donné à l'un de nous d'observer un tuberculeux, sujet à la toux émétisante et qui savait parfaitement prévenir ses vomissements en faisant usage de tabac à priser.

Nous avons alors appliqué cette méthode à tous les cas qu'il nous a été donné d'observer.

Grâce à l'obligeance de notre maître, le Dr Lesieur, suppléant le Pr. Lépine, nous avons pu soumettre une quinzaine de malades du service à ce traitement.

Ces malades, hommes ou femmes, étaient tous des tuberculeux avancés, avec un amaigrissement considérable et l'état de cachexie qu'on trouve d'ordinaire aux tuberculeux qui ne peuvent s'alimenter. Chez tous ces malades nous avons procédé de la façon suivante :

Nous leur remettions une boîte de poudre sternutatoire, en leur recommandant de priser au moment de leur quinte émétisante. En effet, ces malades sentent très bien quand leur toux va les faire vomir. Le plus souvent, d'ailleurs, les vomissements après la toux surviennent une demi-

(1) Dans ses Aphorismes :
— « Mulieri ab uterina passione vexatae aut difficulter parienti superveniens bonum »
— et « A. singultu detento, sternutationes supervenientes solvunt singultum ».

(2) Parmi les succès historiques de la médication sternutatoire, rappelons que Charles IX guérit ses migraines par le tabac à priser ; que Récamier traitait par les cirrhins les névralgies rebelles, et qu'Oberstad (1857) guérit ainsi un sourd...........

(3) Matière médicale, 1818.

heure après l'ingestion des aliments, et aux malades qui s'observent mal il suffit d'ordonner de priser aussitôt le repas terminé, pendant une demi-heure, à plusieurs reprises.

Dans ces conditions nous avons toujours eu des succès. Sur nos quinze malades, 10 ont été guéris définitivement de leurs vomissements, et ne les ont plus vu réapparaître.

Chez les autres, les vomissements, qui survenaient 2 ou 3 fois par jour, ont disparu complètement les 3 ou 4 premiers jours. Les jours suivants, malgré l'emploi des sternutatoires, les vomissements réapparurent de temps à autre, mais avec une fréquence incomparablement moindre qu'au début. Chez les malades guéris, nous devons dire que la suppression des vomissements ne persiste pas longtemps après la cessation du médicament et que, même après 15 jours de traitement, les vomissements reviennent souvent au bout de quelques jours, après que l'on a supprimé l'emploi du sternutatoire.

Nous n'avons que deux malades, deux femmes, encore peu tuberculisées, chez qui 10 jours de traitement suffirent à enrayer définitivement les vomissements.

En résumé, il résulte de nos observations que les sternutatoires arrêtent, dans la grande majorité des cas, les vomissements dus à la toux ; mais il reste bien entendu qu'ils ne modifient en rien la marche de la maladie causale. Ils peuvent en retarder l'évolution en permettant aux malades de s'alimenter, et pour deux de nos cas l'intervention des sternutatoires a été vraiment providentielle, en leur permettant de recouvrer un bon état général.

Nous sommes donc en droit de conclure que l'usage des sternutatoires pour combattre la toux émétisante donne des résultats infiniment plus sûrs, et avec moins de dommage pour le malade, que les médications ordinaires et en particulier l'eau chloroformée, et la potion de Rivière.

Remarquons, en passant, que les médications actuellement employées, outre leur peu d'efficacité, agissent toutes sur la muqueuse gastrique qu'elles peuvent à la longue plus ou moins léser. La médication sternutatoire, outre sa curieuse efficacité, n'est capable en rien de modifier les sécrétions gastriques.

Nous avons étudié également l'action des sternutatoires sur les vomissements ordinaires, ils nous ont paru sans influence. Nous aurions voulu expérimenter également l'action de l'éternûment sur la toux émétisante des coquelucheux, mais cela fera l'objet de recherches ultérieures.

Pour produire l'éternûment chez nos malades, nous avons employé plusieurs sortes de poudres sternutatoires dont voici quelques formules.

Feuilles sèches d'asarum pulv.	P. E.
— bétoine	
— marjolaine	
Fleurs de muguet pulv.	

(Codex, 1866).

Nous avons expérimenté les poudres suivantes :

1°	Feuilles sèches de lavande pulv.	ãã	4 gr.
	— de mélisse		
	— de menthe		
	Saccharine		0 gr. 50
	Naphtot β cristallisé		3 gr. 50

Pour les vieillards dont la sensibilité de la muqueuse est émoussée, on peut ajouter 0 gr. 08 de vératrine pour la quantité ci-dessus.

2°	Racine de pyrèthre pulv.	ãã	
	Semences de staphysaigre pulv.		
	Racine de gingembre pulv.		
3°	Feuilles sèches de muguet pulv.		5 gr.
	Cubèbe pulv.		10 gr.
	Anis vert pulv.		5 gr.

Mais de tous les produits dont nous nous sommes servis, celui qui est le plus commode, le moins irritant et le plus simple à employer est le naphtol β cristallisé.

Le tabac à priser doit être rejeté, pour ne pas donner au malade une mauvaise et malpropre habitude.

C'est donc le naphtol β que nous recommandons de préférence à tout autre sternutatoire.

On peut se demander maintenant comment l'éternûment peut agir sur le vomissement des tousseurs.

On admet généralement que l'excitation des terminaisons sensitives gastriques du pneumogastrique est capable de produire chez les tuberculeux un réflexe qui se traduit au point de vue moteur par la toux et le vomissement (Peter, Morat et Doyon).

D'autre part, l'éternûment est également un réflexe dont la voie centripète n'est plus le pneumogastrique, mais le trijumeau (filet ethmoïdal du rameau nasal interne de la branche ophtalmique (1). Quant à la voie centrifuge, elle emprunte comme dans la toux et le vomissement le pneumogastrique et le phrénique.

Quant aux centres de la toux, du vomissement et de l'éternûment on sait qu'ils sont situés dans le bulbe, sans localisation précise. On est en droit de supposer que ces centres sont très voisins, ou peut être même confondus, puisqu'ils transmettent des ordres musculaires analogues.

Il est donc probable que l'éternûment actionne dans le bulbe le centre du vomissement et qu'il a sur lui un effet inhibiteur. C'est là une explication hypothétique, qui repose sur des données anatomiques et physiologiques encore très imprécises. On sait cependant que certains réflexes sont capables d'en influencer certains autres dont les centres sont voisins. On connaît en effet l'influence de la déglutition en apnée sur le hoquet, l'influence encore de la déglutition volontaire sur l'érection.

Nous pensons qu'il s'agit dans nos expériences d'un phénomène analogue, tout en reconnaissant la grande complication et l'obscurité du problème.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1909

Déchirure artérielle spontanée et suture. — *M. Morestin* — Le 6 avril, à 11 heures, arrive à Tenon un malade de 72 ans, ayant un gonflement considérable de la cuisse gauche, survenu en même temps qu'une douleur brusque, sans aucune espèce de cause, traumatique ou autre, quelques jours auparavant. Toute la cuisse était jaunâtre, violacée par places et très tendre. Le malade était très anémié. La cuisse présentait des battements et à l'auscultation on y entendait un souffle à peu près au niveau du canal de Hunter. Pas de refroidissement du pied ni de la jambe.

Je portais le diagnostic d'anévrysme diffus, à développement rapide, à point de départ fémoral ou poplité. J'incisai le long du couturier, et aperçus le vaste interne infiltré de sang. A l'incision une grande quantité de sang et de caillots sortit. Je nettoyai rapidement l'artère fémorale. Les caillots évacués, j'examinai soigneusement l'artère et trouvai non un anévrysme mais une déchirure de l'artère au point où, de fémorale, elle devient poplitée, sans aucune poche anévrysmale.

Cette petite perforation s'était faite au niveau d'une plaque d'athérome. L'endartère paraissait saine. Avec une aiguille de couturière fine et de la soie fine je fis un surjet. La compression de la fémorale fut supprimée. La circulation se rétablit. La plaie artérielle était bien étanche. Je laissai une mèche dans la plaie, la suturai.

(1) Laudman. — *Soc. phys.*, Berlin 1887.
Westheimer et Surmont. *Soc. biolog.*, 1888.

Le lendemain, le pansement était resté parfaitement sec, mais le malade était très apathique et mourut 35 heures environ après l'intervention, sans aucune hémorragie nouvelle.

L'autopsie n'a pu être faite.

Paralysies radiculaires du plexus brachial. — ***M. Robert Picqué.*** — Un homme tombé de 14 mètres se fracture la clavicule. Il guérit, mais il en garde une paralysie radiculaire (Duchenne Erb.) grâce à la formation d'un cal vicieux comprimant le plexus. Il fallut donc extirper ce cal vicieux. Le malade guérit et récupéra peu à peu ses fonctions. J'ai revu ce malade il y a peu de temps et il a repris son métier de maçon sans conserver de sa lésion aucune espèce de gêne.

Cette paralysie radiculaire est sans aucun doute due à la compression du plexus. Or on admet plus volontiers actuellement qu'il s'agit d'une élongation. Il est certain que celle-ci est souvent en cause, mais MM. Duval et Guillain rejettent absolument la compression directe par un cal claviculaire et croient qu'il s'agit toujours d'élongation. Le cas précédent semble démontrer qu'il y a là une certaine exagération. En effet, la paralysie ne s'est montrée qu'au moment de la formation du cal. Il est certain que ce cal n'a pu agir sur les racines du plexus et en particulier les racines 5 et 6. Seul le trou primaire externe qui résulte de la coalescence de ces racines a pu se trouver comprimé.

Au moment de l'intervention on eût pu se demander s'il n'était pas nécessaire d'examiner et de disséquer les racines elles-mêmes. Nous ne l'avons pas fait et bien nous en a pris puisque notre malade a parfaitement guéri.

M. Delbet. — Les paralysies consécutives à des traumatismes de l'épaule sont choses importantes à connaître. L'arrachement radiculaire, décrit et admis par MM. Duval et Guillain existe, la chose n'est pas douteuse. Mais en faut-il conclure que la lésion tronculaire n'existe pas ? La chose est importante, car si celle-ci n'existe pas l'intervention ne peut donner aucun succès ; si elle existe, au contraire, l'opération peut rendre grand service. J'ai vu récemment un malade atteint de paralysie de ce genre. Etudiant les mémoires en question j'ai vu que les conclusions étaient surtout basées sur des expériences cadavériques. J'envoye ce malade à M. Zimmern. L'examen électrique a montré qu'il s'agissait d'une lésion tronculaire ayant porté sur le nerf circonflexe. Je suis donc intervenu. J'ai trouvé le radial englobé dans du tissu fibreux, j'ai trouvé le nerf circonflexe interrompu et le trou quadrilatère bouché par des fragments osseux. Je retrouvai de l'autre côté le bout périphérique du circonflexe. Mais je ne pus aboucher les deux bouts l'un à l'autre. Je ne sais donc pas si mon intervention aura été utile. Mais el'e eût été faite plus tôt, peut-être eût-elle pu être facile et donner les meilleurs résultats.

M. Morestin. — Le blessé de M. Picqué n'a présenté de paralysie qu'au bout de quelque temps. Ne peut-on croire que dans ce cas, le cal comprimant les nerfs et les coudant a pu produire une élongation du nerf ?

M. Lucas-Championnière. — L'examen électrique a-t-il été absolument complet et s'agissait-il d'une paralysie radiculaire typique au point de vue électrique.

M. R. Picqué. — Au point de vue clinique, il s'agissait bien d'une paralysie radiculaire. Mais au point de vue électrique on pourrait très bien l'interpréter autrement.

Traitement des tumeurs blanches par la méthode de Bier. — ***M. Chaput.*** — J'ai employé la méthode de Bier dans le traitement d'un certain nombre de tumeurs blanches, et je vous apporte 14 observations assez complètes à ce sujet.

J'emploie la compression par la bande de Bier en caoutchouc pendant 12 heures par jour, puis j'ai remplacé la bande de caoutchouc par une bande de gaze. J'ai employé ce traitement seul et sans aucune espèce de méthode adjuvante. Je vous ai déjà présenté six de ces malades.

Parmi ces malades quelques-uns étaient très gravement atteints et ont guéri avec une rapidité remarquable par rapport à la gravité des lésions.

M. Delbet. — La méthode de Bier a été soigneusement expérimentée dans mon service. Le résultat de ces études n'a pas été du tout favorable à cette méthode. Le principe même de la méthode serait de provoquer une exagération de la leucocytose. Or, quand on examine le sang au-dessous de la bande on n'y trouve pas plus de leucocytes. Il est permis de se demander si dans les cas où on obtient des succès on ne s'est point trompé dans son diagnostic.

M. Rénon. — J'ai appliqué la méthode de Bier dans nombre de cas. Je n'ai jamais eu aucun succès dans les tuberculoses fermées. Dans les tuberculoses ouvertes j'ai au contraire vu quelques résultats heureux.

M. Routier. — J'ai fait appliquer cette méthode dans deux cas. Dans l'un, cela s'est terminé par une amputation. Dans l'autre je n'ai obtenu aucune espèce de résultat.

M. Tuffier. — J'ai appliqué avec conviction cette méthode. J'y ai renoncé, car elle ne m'a paru présenter aucun avantage dans le traitement de la tuberculose.

Présentation de malades. — ***M. Picqué*** présente une malade ayant une luxation récidivante de l'épaule, à laquelle il a fait une caspsulorraphie qui ne donna que des résultats momentanés, puis une résection de l'épaule qui a donné un succès complet.

Séance du 12 mai 1909.

L'intervention dans les fractures du crâne. — M. ***Picqué.*** — J'ai proposé d'étendre l'intervention à un grand nombre de cas à cause des conséquences fréquentes de ces fractures. Sedillot s'est autrefois beaucoup occupé de ces trépanations préventives. Mais le vrai mécanisme de l'infection lui avait naturellement échappé. Il avait eu surtout en vue les accidents immédiats et c'est surtout des accidents tardifs que je me suis moi-même occupé.

J'ai signalé déjà les troubles mentaux précoces. D'autres fois ils sont tardifs comme la paralysie générale traumatique, déjà signalée par Lucas-Championnière. Cette constatation que cette affection s'accompagne de lésions systématisées a fait abandonner par l'école de la Salpêtrière la théorie traumatique. Vers 1870, une tentative de réaction se produisit, mais elle passa inaperçue. Cependant, actuellement, la théorie traumatique tend à reprendre pied. Mais elle reste difficile à établir ainsi que le faisait dernièrement remarquer M. Auvray. Les troubles peuvent avoir débuté avant le traumatisme et avoir passé inaperçus. D'autre part, la syphilis peut, elle aussi, être ignorée et être cependant la cause de l'affection.

La démence traumatique est également intéressante à étudier. La folie est-elle causée par le traumatisme ou réveillée seulement par lui ? Pour certains l'hérédité domine la folie tout entière, d'où la théorie de la dégénérescence mentale héréditaire. Les lésions périphériques ne peuvent agir sur le cerveau que grâce à cette prédisposition héréditaire. En est-il de même pour les lésions proprement cérébrales ? C'est là la question qu'il serait intéressant d'élucider. Peut-être le traumatisme peut-il agir sur le cerveau, préparer le terrain sur lequel une maladie comme la syphilis pourra plus tard venir produire la paralysie générale.

La fulguration dans le cancer. — ***Sébileau.*** — J'ai appliqué une douzaine de fois la fulguration tant à l'hôpital qu'en ville. Dans 2 laryngo-fissures, l'opération très simple s'est terminée par la mort par broncho-pneumonie. Un cancer de la langue n'a pas encore récidivé. 1 ans 3 cas trop récents, je n'ai pas encore de récidive. Un malade a succombé au 10e jour sans que je puisse très bien m'expliquer cette mort.

Un autre malade a été fulguré après intervention. Moins d'un mois après, la récidive se faisait. On opéra et fulgura à nouveau la récidive. Mais l'otalgie persista et la récidive se fit rapide et très large. Sur les instances du malade j'opérai une 3e fois. Je lui fis une intervention très large, il fut fulguré à nouveau. Il succomba quinze jours après.

Donc je ne sais pas si la fulguration aggrave vraiment l'intervention. Mais ce qu'il faut se demander, c'est si la fulguration peut empêcher la récidive dans des cas dits non opérables et dans lesquels on ne fait que des interventions atypiques, des curettages.

Je crois qu'il ne faut pas chercher dans la fulguration une excuse à ces folles interventions.

Péritonite spontanée. — M. ***Vallon.*** — Une malade a des douleurs abdominales, de la fièvre. L'examen ne donne aucune indication opératoire nette : ventre souple, pas de plastron. Tout

à coup les événements se précipitent ; la température monte à 40°, en même temps que les règles apparaissent. Puis les douleurs abdominales augmentèrent, en même temps qu'apparaissait du météorisme. L'intervention montra un appendice absolument sain. Mais vers la terminaison du grêle on voyait sur une longueur de 40 cm. environ, des fausses membranes, et des plaques grisâtres au niveau desquelles l'intestin était extraordinairement aminci. Je me contentai de circonscrire les lésions et de drainer. La malade guérit très simplement. Quelle était la cause de cette péritonite ?

Ce n'était pas une fièvre typhoïde, d'après le médecin. Peu après, la fille de la malade faisait une érysipèle. C'est là une curieuse coïncidence. J'ai retrouvé 2 cas analogues : une bonne soigne sa maîtresse atteinte d'érysipèle, contracte une péritonite et meurt sans qu'on trouve de lésions causales des viscères.

Dans un autre cas, une femme syphilitique accouche d'un garçon. L'enfant est pris peu après de diarrhée, meurt ; on trouve une péritonite aiguë purulente, sans lésion des viscères. Le lendemain un érysipèle apparaît chez la mère.

M. **Tuffier**. — Il serait intéressant de savoir s'il y avait du streptocoque dans le pus de la péritonite, ou dans le sang. Il peut très bien s'agir d'une septicémie avec localisation sur le péritoine.

Présentation de malades. — M. ***Robert Picqué*** présente un malade qui, en faisant chauffer un culot de projectile, reçut un fragment de ce culot qui fit une blessure dans la région carotidienne. Il avait une section complète du tronc thyro-linguo-facial et une plaie longue de la jugulaire sur laquelle on fit une suture latérale. Les suites opératoires ont été tout à fait normales.

M. ***Morestin*** présente une malade à laquelle il a enlevé pour un cancer la lèvre inférieure et la plus grande partie de la joue gauche d'abord, puis droite ensuite, et enfin une grande partie de la lèvre supérieure Il a réussi par des autoplasties, à réparer ces larges pertes de substance. L'ensemble des opérations a duré 18 mois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

Séance du 10 mai 1909.

I. — Deux réactions nouvelles des taches d'urine et des taches de sang. — M. ***Balthazard***. — A. *Urine*. — Le prof. B. donne connaissance d'un réactif qui donne, au contact d'une tache d'urine, une coloration bleu de Prusse. Elle consiste à employer conjointement l'acide phosphotungstique et la soude ; celle-ci est déposée en second lieu sur la tache. Une teinte bleue peut être donnée également, au contact de ce réactif, par le suc gastrique, le lait, les matières fécales : mais jamais la teinte bleue n'est aussi intense qu'avec l'urine.

B. *Sang*. — Au contact de l'hémoglobine et de la soude, la phénophtaléine, préalablement décolorée par le contact de poudre de zinc, se recolore en rouge carmin. Sur une dilution de sang à 1/200 la coloration est intense ; mais une teinte rosâtre peut être obtenue avec des dilutions extrêmement étendues, par exemple au chiffre incroyable de *un vingt millionnième*. La réaction est obtenue, sous les yeux des assistants, dans une dilution au dix-millionnième ; encore ne s'agissait-il pas de liquides frais.

Ce réactif n'est pas absolument nouveau, Meyer l'a déjà employé pour la recherche des oxydases. Mais une température de 10.° détruit les oxydases, et ne supprime pas la réaction de l'hémoglobine. Le radical de l'hémoglobine est extrêmement résistant ; la putréfaction, la cuisson, la calcination même, le traitement par l'eau de Javel ou l'acide sulfurique, le laissent indemnes. Les matières fécales des carnivores donnent cette réaction parce que la digestion des viandes n'est jamais totale. La salive mêlée de sang imperceptiblement, par suite d'une érosion buccale minime, pourrait donner cette réaction ; il y aurait là une cause d'erreur. La rouille ne gêne pas la réaction.

II. Un cas d'intoxication par l'infusion de badiane (anis étoilé). — MM. ***Balthazard*** et ***Ogier***. — Une famille de marchands de poissons, dans la banlieue, subit un empoisonnement collectif et incrimina.... son eau de Vals. Renseignements pris, les trois personnes malades ont bu une infusion d'anis.

Les 3 malades ont présenté, 3 ou 4 heures après l'ingestion, des vomissements, *et des convulsions très intenses avec cris, morsure de la langue, perte de connaissance.*

Tableau clinique uniforme chez tous les trois. Dès le lendemain, guérison. Les plaies de la langue étaient profondes.

Une quatrième personne, qui n'avait fait que goûter à l'infusion, présente seulement des nausées, d'ailleurs tardives (le lendemain).

L'infusion avait été préparée avec 37 têtes de badiane pour 3 ou 4 tasses, alors qu'une seule tête pratiquement peut suffire pour 7 ou 8 tasses.

L'intoxication accidentelle aiguë a réalisé en raccourci les enseignements de la clinique. L'absinthisme est connu pour ses phénomènes convulsifs, et l'absinthe qui malgré, son nom, contient rarement un peu d'absinthe, est composée, en majeure partie, d'une solution alcoolique d'essence de badiane. L'expérimentation sur les animaux (Magnan) a confirmé depuis longtemps les données cliniques.

L'essence de badiane remplace d'autant plus l'essence d'absinthe, dans la fabrication actuelle, qu'elle permet d'économiser sur le degré alcoolique ; d'où économie sur les droits, celle-ci d'autant plus opportune que les droits ont été récemment surélevés. L'essence d'absinthe n'était soluble que dans l'alcool à 70° : l'essence de badiane se dissout sans aucun trouble dans un alcool à 5.° voire à 52°.

Il existe deux sortes d'anis étoilé : l'anis étoilé de Chine (*ilicium anisatum*) et l'anis du Japon (*ilicium religiosum*) ; celui-ci, beaucoup plus toxique, est prohibé dans nos drogueries.

Pour le prof. B.. tandis que les liqueurs du type absinthique sont des convulsivants bien connus, les liqueurs du type des *amers* ou *bitters* seraient des déprimants : elles provoqueraient avant tout du tremblement et de l'hébétude, ainsi l'essence de camomille.

Dr G. G. de Clérambault,
Méd. adj. de l'infirmerie spéciale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos d'un décret.

Un décret vient de combler une lacune existant depuis longtemps dans la médecine militaire. Le trait d'union entre le médecin chef de la place et les médecins des régiments est établi. Auparavant, le médecin chef et les médecins de régiment n'avaient rien de commun. Le premier ne pouvant pas mettre le pied dans une caserne, n'ayant aucune action sur les médecins des corps de troupe, n'était rien en dehors de l'hôpital. Ceux-ci, affectant souvent de ne connaître que leur colonel, qui n'est pas médecin, et le directeur du service de santé résidant au chef-lieu du corps d'armée, échappaient complètement au médecin chef.

Une pareille organisation, désastreuse au point de vue de la discipline et de l'instruction professionnelle, ne pouvait que diminuer le rendement du service de santé.

Grâce au décret libéral du 7 avril 1909, il n'en sera plus ainsi. Le médecin chef pourra disposer des médecins des régiments, les faire profiter de son expérience, surveiller l'hygiène et l'état sanitaire des corps de troupe, et les médecins de ces corps auront à leur disposition les ressources scientifiques de l'hôpital où ils pourront travailler. De plus, ils ne s'absenteront pas sans l'autorisation du médecin chef qui, auparavant, n'était pas même avisé des permissions que leur accordait leur chef de corps.

Ce décret, qui devrait exister depuis que le service de santé existe, détruit le dualisme existant entre les médecins des régiments et les médecins d'hôpital, dualisme fâcheux à tous les points de vue. Il est le commencement du service de garnison complet, tel qu'il fonctionne intégralement en Angleterre et en partie en Allemagne.

Il n'est d'ailleurs que la reproduction des grandes lignes de l'organisation que j'ai demandée à Dakar, en 1903, afin d'améliorer le service de santé de la défense de cette place.

Sur cette question de défense nationale, je n'ai obtenu que l'animosité de l'autorité supérieure.

Dr Simon,
(de Dijon).

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

PERSONNEL MÉDICAL

Répartition des INTERNES EN MÉDECINE et des EXTERNES dans les services hospitaliers

AU 15 MAI 1909

HOPITAL ANDRAL

Directeur : M. MORA.

Médecine

M. le Dr CLAUDE.
Interne : M. Sourdel.
Externes : MM. Deron, Baude, Achard.
M. le Dr RENAULT (J.).
Interne : M. Gendron (Georges).
Externes : MM. Chalard, Faige, Cheyrou, Lagrèze.

Consultation

M. le Dr JOUSSET M. H. — Suppléant : M. le Dr *Deglos.*
Interne provisoire : M. Gillard.
Externes : MM. Donzé, Gougelet.

BASTON 29.

Directeur : M. MORA.

Médecine

M. le Dr AUCLAIR.
Interne : M. Braun.
Externes : MM. Chabrol. Morisson, Lacombe, Gauffroy, Bourdette.

Service de l'Erysipèle

M. le Dr MARIE (René), remplacé par M. le Dr *Griffon*, M. H.
Interne : M. Lévy (Pierre).
Externes : MM. Dujarric de la Rivière, Maurel, Plée, Bourrouillou.

CLINIQUE BAUDELOCQUE

Directeur : M. LHUILLIER.
M. le professeur PINARD.
Chef de clinique : M. le Dr *Mouchotte.* — Adjoint : M. le Dr *Lacasse.*
Externes : Mmes Schechtmann et Rosoff, MM. Champeau, Paoli, Bouhey, Brunet.

HOPITAL BEAUJON

Directeur : M. PICOT.

Médecine

M. le professeur DEBOVE.
Chef de clinique : M. le Dr *Rathery.* — Adjoint : M. le Dr *Trémolières.*
Interne : M. Chabrol.
Externes : MM. Donzelot, Libert, Couinaud, Balland, Mlles Peltier et d'Argent.
M. le professeur ROBIN.
Chef de clinique : M. le docteur *Coyon.* — Adjoint : M. le Dr *Claret.*
Interne : M. Lyon-Caën.
Externes : MM. Déjardin, Leroy (R.), Alexandre (P.), Labernadie.
M. le Dr TROISIER. —
Interne : M. Guggenheim.
Externes : MM. Pasquet, Maurer, Busson, Mlle Dreyfus.
M. le Dr LACOMBE.
Interne: M. Baufle.
Externes : MM. Delaplane, Faux, Moreau, Bloch (Henri).

Chirurgie

M. le Dr BAZY.
Internes : MM. Froget, Moyrand.
Externes : MM. Gaillard, Minvielle, Pouget, Debray, Legrain, Audibert, Mlles Michalowsky et Athanassiu.

Service de Chirurgie
(Chroniques)

Interne : M. Bailly.
Externe : M. Lucas.
M. le Dr TUFFIER.
Internes : MM. Saissi, Roux (Jean).
Externss : MM. Weisweiller, Daniel (Ch.), Baudouin (Roger), Monguilan, Hertz.
M. le Dr MICHAUX.
Internes : MM. Le Moine, Debertrand.
Externes : MM. Hanriot, Robert, Bénit, Blanchès, Ferréol.

Accouchement

M. le professeur RIBEMONT-DESSAIGNES.
Chef de clinique : M. le Dr *Le Lorier.* — Adjoint : M. le Dr *Theuveny.*
Interne : M. Martingay.

Consultation

Médecin : M. le Dr GASNE. M. H. — Suppléant, M. le Dr *Ramond.*
Interne provisoire : M. Bernard.
Externes : Mlle Defiol; MM. Vincent, Lévy (Alfred).
Chirurgien : M. le Dr HERBET, C. H. — Suppléant, M. le Dr *Nau.*
Externes : MM. Leblanc (Marcel), Guillemet, Corbineau.
Ophtalmologiste : M le Dr POULARD, Oph. H. — *Assistant* : M. le Dr *Canque*
Externes : MM. Lataillade, Fourrière.

Radiologie

M. le Dr DESTERNES.
Externe : M. Ollé.

BERCK (Hôpital maritime)

Directeur : M. BRION.
M. le Dr MÉNARD.
Chirurgiens adjoints : MM. les docteurs *Calvé* et *Andrieu.*
Internes : MM. Boudol, Toulant, Aine, Girou et M. Amaudrut, interne provisoire.

HOSPICE DE BICÊTRE

Directeur : M. MULHEIM.

Médecine

M. le Dr MARIE.

Chirurgie

M. le Dr RICHE (Paul).
Internes : MM. Garsaux, Mutel et M. Wéber, interne provisoire.

Aliénés

M. le Dr CHASLIN.
Interne : M. May.
Interne provisoire : M. Desplas.
M. le Dr NAGEOTTE.
Interne : M. Rolland.
Externe : M. Monod (Robert).
M. le Dr ROUBINOVITCH.
Interne : M. Fontorbe.
Interne provisoire : M. Bruslé.
M. le Dr RICHE (André).
Interne : M. Carrié.
Interne provisoire : M. Bloch (André).
Médecin adjoint du service des aliénés M. le Dr MAILLARD.

Fondation Vallée.

M. le Dr BOURNEVILLE.
Interne : M. Chevallier (Paul).

BICHAT (Bastion 39)

Directeur : M. AUBERT.

Médecine

M. le Dr TALAMON.
Interne : M. Schreiber.
Externes : MM. Arnal, Vinçotte, Bilhault, Bréhier.
M. le Dr BRUHL.
Interne : M. Galup.
Externes : MM. Garriguenc, Michel, Morin, Mallet (Fr.).

Chirurgie

M. le Dr HARTMANN.
Internes : MM. Bruet, Metzger, Henry.
Externes : MM. Balland (Louis), Lubetzki, Bettinger, Parisi, Salles, Chazalnoël, Tison (Marcel), Vérut.

Consultation

Médecine : M. le Dr LAFFITTE, M. H. — Suppléant : M. le Dr *Chiray.*

Interne provisoire : M. Jumon.
Externes : MM. Ecot, Vosy.
Chirurgie : M. le Dr Lecene, C. H. — Suppléant : M. le Dr *Grégoire.*
Externes : MM. Grosjean, Denet.

Service de Radiologie.

M. le Dr Beaujard.
Externe : M. Galle.

HOPITAL BOUCICAUT

Directeur : M. Charlot de Courcy.

Médecine

M. le Dr Letulle.
Interne : M. Leconte.
Interne provisoire : M. Baumgartner.
Externes : MM. Farah, Monod (A.), Larroque, Philippon (Louis), Langlet, Michaut, Mersey, Mlle Lempert.

Chirurgie

M. le Dr Nélaton.
Internes : MM. Rafinesque, Berger.
Externes : MM. Gaulène, Garcin (Em.), Cadoul, Taphanel, Jacquemin (Edouard), Deville, Duru, Briault.

Accouchement

M. le Dr Lepage.
Interne : M. Willette.
Externes : MM. Oudar, Foisy (René), Lefèvre (Louis).

Consultation

Médecine : M. le Dr Fournier, M. H. — Suppléant : M. le Dr *Beauvy.*
Externes : MM. Bertrand, Gantier.
Chirurgie : M. le Dr Dujarier, C. H. — Suppléant : M. le Dr *Desjardins.*
Externes : MM. Butel, Houssiaux, Petit (Ch.), Astruc.

Service de Radiologie

M. le Dr Aubourg.
Externe : M. Parent (Robert).

HOPITAL BRETONNEAU

Directeur ; M. Lesaulnier.

Médecine

M. le Dr Guinon.
Interne : M. Hamel.
Externes : MM. Baille, Barnathan, Engel, Maugis, Blacque, Mlle Sabin.
M. le Dr Boulloche.
Interne : Mme Debré.
Externes : MM. Lamy (Pierre), Dietz, Roux (Armand), Rudelle, Mlles Raphaël et Baillet.

Chirurgie

M. le Dr Villemin.
Internes : MM. Pironneau, Rouget, Séguinot.
Externes : MM. Tribes, Allard, Baudson, Roudergues, Rousseau, Hue, Parlitch.

Consultation

Médecine : M. le Dr Papillon,
Interne provisoire : MM. Ecalle.
Externes : MM. Guerrero, Minoret.

Service de Radiologie

M. le Dr Lobligeois.
Externe : M. Wallimann.

BREVANNES (Hospice de)

Directeur : M. Verdez.

Médecine

M. le Dr Marie (René), M. H. — Adjoints MM. les docteurs *Clément*, *Carton* et *Ferrand.*
Internes (Concours spécial) : MM. Castéran, Durand, Jullien, Ghys et Ferry (Ch.).

HOPITAL BROCA

Directeur : M. Gutzviller.

Médecine

M. le Dr Darier.
Interne : M. Lévy-Bruhl.
Externes : MM. Lambour, Verne, Lévy (Isaac), Bénard (Louis), Reilly, Brisson, Léger (Fern.), Duprey, Lehmann (Paul), et Mlle Lenormand.
M. le Dr Jeanselme.
Interne : M. Touraine.
Externes : MM. Bruel (Paul), Chichmanian, Porte, Matéias, Vilbort et Mlle Vigor.

Chirurgie

M. le professeur Pozzi.
Chef de clinique : M. le Dr *Bender.*
Internes : MM. Bachy, Lorin, Baron.
Externes : MM. Hugon, Houttelette, Ruelle, Coudray, Hanras, Hugon, Mérine.

HOPITAL BROUSSAIS

Directeur : M. Freniery.

Médecine

M. le Dr Gilbert.
Interne : M. Parturier.
Externes : MM. Salès, Jacquemin, Pichancourt, Gouverneur, Tzanck.
M. le Dr Œttinger.
Interne : M. Sauphar.
Externes : MM. Chamorro, Dufau, de Baric, Kœchlin (Jean), Barraud.

Chirurgie

M. le Dr Potherat.
Internes : MM. Pakowski et Ségard.
Externes : MM. Renaud (Maurice), Cuny, Géry, Ferté, Chataing, Lemuet (Alph.).

Consultation

Médecine : M. le Dr Carnot, M. H. — Suppléant : M. le Dr *Jomier.*
Externes : MM. Brésard, Porak.
Chirurgie : M. le Dr Wiart. C. H. — Suppléant : M. le Dr *Morlet.*
Externes : MM. Wiart (Louis), Prigent.

Service de Radiologie

M. le Dr Bonniot.
Externe : M. Besnard (Ch.).

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Directeur : M. Magdelaine.

Médecine

M. le Dr Labadie-Lagrave.
Interne : Mlle Neveux.
Externes : Mlle Delage, MM. Vermenouze, Fuselier, Aurégan, Chapuis.
M. le Dr Moutard-Martin.
Interne : M. Cain.
Externes : Mlle Nicolsky. MM. Corre, Courjon, Vernier.
M. le Dr Oulmont.
Interne : M. Philbert.
Externes : MM. Butin, Devaux, Viguerie, Tartois.
M. le Dr Morel-Lavallée.
Interne : M. Blechmann.
Externes : MM. Testard, Duval (Paul), Bardet (Georges), Pierrot.

Service temporaire

Externe : M. Morlot.
M. le Dr Toupet.
Interne : M. Sevestre.
Externes : MM. Larcher, Théry, Roulliès, Nahan.
M. le Dr Roger.
Interne : M. Lévy-Valensi.
Externes : MM. Vignal, Steinmetz, Godlewski, Coppin.

Chirurgie

M. le Dr Demoulin.
Interne : MM. Fabre, Le Mée, Lebras.
Externes : MM. Saglier, Brousole, Blum, Boyer, Chatellier, Lauriat, Stiassnie.
M. le Dr Mauclaire.
Internes : MM. Burnier, Lamouroux, Douay.
Externes : MM. Mégnin, Léfèvre (Louis), Baudin, Bloch (Sig.), Poitrinal, Delavierre.

Accouchement

M. le Dr Tissier.
Interne : M Deroye.
Externes : MM. Guéniot, Duchâteau, Rabourdin (G.), Labourdette.

Consultation

Médecine : M. le Dr Milian, M. H. — Suppléant : M, le Dr *Bourguignon.*
Externes : MM. Besançon, Besset.
Chirurgie : M. le Dr Gosset, C. H. — Suppléant : M. le Dr *Marcille.*
Externes : MM. Sebenq, Massart.

Service de Radiologie

M. le Dr Zimmern.
Externe : M. Riffaud.

HOPITAL CLAUDE-BERNARD

Directeur : M. Mora.

Médecine

M. le Dr Teissier.
Internes : MM. Flurin, Stévenin, Richet.
Externes : Mlle Goldenfan, MM. Colanéri, Lamare (P.), Rœhrich, Lacau, Saint-Guily, Gerber, Portret, Chomanet.

HOPITAL COCHIN

Directeur : M. Baron.

Médecine

M. le Dr Chauffard.
Internes : MM. Vincent (médaille d'or), Laroche.
Externes : MM. Dubois, Vallery-Radot (Pasteur), Noël (André), Lancrenon, Poirot Delpech, Cassard.
M. le Dr Widal.
Internes : MM. Bénard (René), Vaucher.
Externes : MM. Gutmann, Génil-Perrin, Moulonguet, Thibierge, Girault (Albans), Lehmann (Pierre), Darrieux, Fège, Vayssières.

Chirurgie

M. le Dr Schwartz.
Internes : MM. Sorrel, Wilhem.
Externes : MM. Besnard (Jean), Berlioz, Debray, Gaymard, Mlles Schapiro, Etinger.
M le professeur Quénu.
Interne : MM. Toupet, Pascalis, Barbet.
Externes : MM. Fey, Hérisson-Laparre, Phélip, Valéry-Radot (Pierre), Haguenau, Gilson, Kahn.
M. le Dr Faure.
Internes : MM. Pottet, Levant.
Externes : Mlle Lavergue, MM. Lépine, Galland, Vazeux

Consultation

Médecine : M le Dr Guillain, M. H. — Suppléant : M. le Dr P. *Tessier.*
Interne provisoire : M. Routier.
Externes : MM. Delagenière, Schneider.
Chirurgie : M. le Dr Duval. C. H. — Suppléant : M. le Dr *Mathieu.*
Externes : MM. Garnier (G.), Guillaumont, Jacob, Deffaux.

COCHIN - ANNEXE

Directeur : M. Baron.

Médecine

M. le Dr RENAULT (Al.).
Interne : M. Brodin.
Externes : MM. Kahn (Albert), Pernet, Dupradeau, Teulière).
M. le Dr QUEYRAT.
Interne : M. Ménard.
Externes : MM. A··dain, Nidergang, Saxe, Ignare, Pitaud.

Chirurgie

M. le Dr MICHON.
Interne : M. Boulard.
Externes : MM. Giraud (P.), Pilatte, Denoyelle, Dupont.

HOSPICE DEBROUSSE

Directeur : M. CAPOULUN.

Médecine

M. le Dr BELIN.
Interne : M. Ferry.

DUBOIS (MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ).

Directeur : M. BARBIER.

Médecine

M. le Dr COURTOIS-SUFFIT.
Interne : M. DUBOSC.
Externes : MM. Bourgeois, Gassier, Jamin, Perron (A.-L.), Richard (André).
M. le Dr ENRIQUEZ.
Interne : M. Weil (Pierre).
Externes : MM. Escudié, Réchad, Turnesco.

Chirurgie

M. le Dr LAUNAY.
Internes : MM. Cotillon, Luzoir, Perdoux.
Externes : MM. Lafage, Piémont, Paulet, Meyer, Papillon, Cavaillon, Lepoitevin, Ramadier.
M. le Dr AUVRAY.
Internes : MM. Samson, Caudrelier.
Externes : MM. Delot, Achard, Flandrin, Lautier, Mme Wolkenheim.

Service de Radiologie

M. le Dr BOUCHACOURT.
Externe : M. Ohanianz.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTES

Directeur M : M. May.

Médecine

M. le Dr VARIOT.
Internes : MM. Robert, Roudinesco.
Externes : MM. Boulet, Brisset des Nos, Chédeville, Hue, Marcou, Chamard.

Chirurgie

M. le Dr JALAGUIER.
Internes : MM. Olivier, Lamy.
Externes : MM. Borel (Al.), Frédault, Marx, Lemoine, Chalet, Thouvenin, Haguet.

Service de Radiologie

M. le Dr BARRET.
Externe : M. Liberge.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Directeur : M. JANSSE.

Médecine

M. le professeur HUTINEL.
Chef de clinique : M. le Dr *Babonneix*.— Adjoint : M. le Dr *Voisin*.
Interne : M. Troisier.
Externes : MM. Clogne, Vielle (Albert), Rouillard, Barthélemy (Paul), Barthélemy (Raymond), Garcin (André).
M. le Dr COMBY.
Interne : M. Charrier.
Externes : Mlle Condat, MM. Chevassu-Périgny, Bideaux, Ziélinski.
M. le Dr RICHARDIERE.
Interne : M. Merle (Emile).
Externes : MM. Stréhaïano, Miriel, Danton, Mmes Honnoré et Gourilew.

Crèche

Interne provisoire : M. Weissenbach.
M. le Dr MARFAN.
Interne : M. Debre.
Externes : MM. Ledermann, Roubeau, Chabert (Jean), Mlle Leven.
M. le Dr MÉRY.
Interne : M. Roux (Georges).
Externes : MM. Heuyer, Teyssier, Legal-Lasalle, Guignard, Mlle Landesmann.
M. le Dr AVIRAGNET.
Internes : M. Marie (1re semestre), M. Jolivet (2e semestre).
Externes : MM. Dorlencourt, Léchelle, Bobeau, Girard (Alfred).

Service de la Sélection

Interne provisoire : M. Petit (Henri).

Chirurgie

M. le professeur KIRMISSON.
Chef de clinique : M. le Dr *Auffret*. — Adjoint : M. le Dr *Gasne*.
Internes : MM. Fouchet, Caillé, de Vaugiraud.
Externes : MM. Pataud-Devalenciennes, Bertaux, Bricaire, Delestre, Durand, Fardel, Fitte, Huguet, Mlle Lang.
M. le Dr BROCA.
Internes : MM. Phélip, Lévy (Edmond).
Interne provisoire : M. Le Grand.
Externes : Mlles Reichenecker, Abramovitch ; MM. Rigoulet, Steibel, Radenac, Boubermann, Colson, Guillaumot.
Ophtalmologie : M. le Dr TERRIEN. — Assistant : M. le Dr *Monnet*.
Interne : M. Prélat.
Externes : MM. Follet, Schatzmann, Trousset.

HOPITAL HEROLD

Directeur : M. DAPOIGNY.

Médecine

M. le Dr BARBIER.
Interne : M. Garban.
Externes : MM. Dumas (Julien), Renault (André), Huc (Edouard), Baudouin (Emile), Netter (René), Ceillier.
M. le Dr LESAGE.
Interne : M. Chamard-Bois.
Externes : MM. Fau, Chaineaux, Tripier, Queste, Colibert, Pougaud.

Service de la Sélection et de la garde.

Internes provisoires : MM. Tissier et Virenque.

Chirurgie

M. le Dr OMBRÉDANNE (service transféré provisoirement à l'hôpital Saint-Louis).

Radiologie

M. le Dr CHICOTOT.

HOTEL-DIEU

Directeur : M. COQ.

Médecine

M. le prof. DIEULAFOY.
Chef de clinique : M. le Dr *Gaultier*. — Adjoint : Dr *Nathan*.
Interne : M. Paillard.
Externes : MM. Kamenzer, Thiers, Figowski, Lelièvre, Gardiès, Mlle Hertz.
M. le Dr MUSELIER.
Interne : M. Châtelin.
Externes : Mlles Le Scornet, Aronovitch, MM. Zaepffel (Marcel), Lenoël, Bailleul.
M. le Dr BRISSAUD.
Internes : MM. Salin, Foix.
Externes : MM. Ferrand, Dubois (Robert), Leblanc, Fourmaud, Gastaud, Maleyx, Mitrany, Mlle Kœssler.
M. le Dr FAISANS.
Interne : M. Durand.
Externes : MM. Kemhadjian, Pellissier, Pierret, Ribo.
M. le Dr PETIT.
Interne : M. Railliet.
Externes : MM. Boulan, Judel, Gaston, L'Hirondel.
M. le Dr CHANTEMESSE.
Interne : M. Cawadias.
Externes : MM. Gonthier, Moriez, Maurel, (Emile), Masselot.

Chirurgie

M. le prof. RECLUS.
Chef de clinique : M. le Dr *Schwartz*.
Internes : MM. Loubeyre, Bith, Coryllos, Séjournet.
Externes : MM. Chamlian, Lory, Marchand, Deguignaud, César, Boucheron, Mlles Miannée de Saint-Firmin, Chabert.
M. le Dr GUINARD.
Internes : MM. Jacoulet, Josset-Moure.
Externes : MM. Mouflet, Lavaud, Morigny Frèze, Galop, Edelmann.

Ophtalmologie

M. le prof. de LAPERSONNE. — Assistant : M. le Dr *Joseph*.
Chef de clinique : Dr *Cantonnet*. — Adjoint : Dr *Coutelas*.
Internes : MM. Bourdier, Duverger.
Externes : MM. Prieur, Chardin, Odoul, Ségaux, Goulfier, Sauty, Bonhoure.

Consultation

Médecine : Dr Sicard, M. H. — Suppléant : Dr *Bloch*.
Interne provisoire : M. Desbouis.
Externes : Mlle Weil, MM. Feil, Bridoux, Plaisant.
Chirurgie : Dr LABEY, C. H., — Suppléant : Dr *Belgrand*.
Externes : MM. Thibout (G.), Vincent (Max), Rousselot (Henri).

IVRY (Hospice.)

Directeur : M. CHAMPROUX.

Médecine.

M. le Dr SOUQUES.
Interne : M. Silbert.
Interne provisoire : M. Nadal.
Externe : M. Thibon de Courtry.

Chirurgie

M. le Dr ROBINEAU.
Internes : MM. Montet, Passot.
Externe : M. Bijon.

HOPITAL LAENNEC

Directeur : M. MOUTON.

Médecine

M. le prof. LANDOUZY.
Chef de clinique : Dr *Thaon*. — Adjoint : Dr *Halbron*.
Interne : M. Tinel.
Externe : MM. Châtelin (Ph.), Ducastaing, Chardon, Villette, Mlle Rabuteau.
M. le Dr BARIÉ.
Interne : M. Cleret (Mce).
Externes : MM. Regnault (M.), Castex, Baryté, Leroy (Maxime).
M. le Dr BOURCY.
Interne : M. Mora.
Externes : MM. Chastel, Caux, Gérard (Lucien), Filatre.
M. le Dr THOINOT.

Interne : M. Duvoir.
Externes : MM. Latour, Lenormand, Faure-Beaulieu, Vinchon.

Chirurgie

M. le Dr Legueu.
Internes : MM. Di Chiara, Houzel, Deverre.
Externes : MM. Prunler (M.), Hanrlot (Armand), Percepied, de Champ de Saint-Léger, Bouttier, Réau.

Ophtalmologie

M. le Dr Rochon-Duvigneaud.
Assistant : Dr *Onfray.* — Adjoint : Dr Caillaud.
Interne : M. Liébault.
Externes : MM. de Quemper de Lanascol, Guinoiseau, Godéchoux.

Consultation

Médecine : Dr Labbé, M. H. — Suppléant: Dr *Aubertin.*
Externes : MM. Levrat, Maréchal.
Chirurgie : Dr Baumgartner, C. H.
Externes : MM. Gresset, Berthomier-Lamer.

Radiologie

M. le Dr Passier.
Externe : M. Borel (Alph.).

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Directeur : M. Faure.

Médecine

M. le Dr Tapret.
Interne : M. Regnard.
Externes : MM. Bernard (Ulric), Castang, Perrin (Paul), Morize, Bion, Mlle Kosloff.
M. le Dr Brault.
Interne : M. Paul-Boncour.
Externes : MM. Baudouin (H.), Lefranc (Pierre), Bardor, Fontanel, Pruvost (Paul), Moineau.
M. le Dr Galliard.
Interne : M. Boye.
Externes : MM. Penet, Monod (Raoul), Guerche, Lelongt (Max), Cambessédès, Kuaelski, Escalier (Paul),
M. le Dr Le Gendre.
Interne : M. Lasnier.
Externes : MM. Péroni, Mougenc de St-Avid, Colleville, Autier, Krebs, Hadengue, Cleisz.
M. le Dr Launois.
Interne : M. Pinard.
Externes : MM. Durœux, Grahaud, Quenot, Vilfroy, Dogny, Mlle Campergue.

Chirurgie

M. le Dr Reynier.
Internes : MM. Lechevallier, Gendron (André), Pont.
Externes : MM. Reignard, Socquet, Mezer, Queyroi, Mlles Albessard, Nowicka, Schmiergeld.

Service de chirurgie

Chroniques.

Interne : M. Pépin.
Externes : MM. Bernard-Geriet, Guilmini (André).
M. le Dr Chaput.
Internes : MM. Bertier, Chambard.
Externes : Mlle Konichowsky, MM. François (Bernard), Delattre, Stépanoff, Vincentelli, Mlle Duplan.
M. le Dr Picqué. — Assistant : M. le Dr *Baudet*, C. H.
Internes : MM. Métivet, Chevallier (Gabriel).
Externes : MM. Madélaine, Roy (Jean), Mar, Rocher, Richon, Dauphin.

M. le Dr Marion (service Civiale). — Assistant : M. le Dr *Lavenant.*
Internes : MM. Wolfromm, Mascarenhas.
Externes : MM. Lesueur, Silva, Rougier, Jeudi de Grissac, Benassy, Périn (Lucien), Mlle Borch.

Oto-rhino-laryngologie

M. le Dr Sébileau. — Assistant : Dr *Gebert.* — Adjoint : Dr *Lemaître.*
Internes : Mlle Bouteil, M. Halphen.
Externes : MM. Didier, Ruaud, Sarkis, Bureau, Wagon, André (Albert).

Ophtalmologie

M. le Dr Morax. — Assistant : Dr *Magitot.* — Adjoint : Dr *Carlotti.*
Internes : MM. Velter, Fimbel.
Externes : MM. Monbrun, Landrieux, Paynel, Potiron.

Accouchement.

M. le Dr Bonnaire.
Interne : M. Brac.
Externes : MM Surun, Lapeyre, Vouzelle, Mlle Roy.

Electrothérapie

M. le Dr Hischmann.
Externes : MM. Dariaux, Meyer.
Médecine : Dr Bergé, M. H. — Suppléant: Dr *Villaret.*
Interne provisoire : M. François (René).
Externes : MM. Feuillet (Raoul), Le Maux, Weisgerber, Rol.
Chirurgie : Dr Cunéo, C. H. — Suppléant : Dr *Chifoliau.*
Externes : MM. de Lafargue-Barès, Sécheret, Marquette.

LA ROCHEFOUCAULD

(Maison de retraite).

Directeur : M. Boiteau-Cadiot.

Médecine

M. le Dr Dupré.
Interne : Mme Long-Landry.
Externe : M. Théry (André).

MATERNITÉ

Directeur : M. L'Huillier.

Accouchement.

M. le Dr Maygrier. — Assistant : Dr *Mccé*, Ac. H. — Accoucheur adjoint : Dr *Bouffe*, Ac. H.
Internes : MM. Lenoir, Haller.

Médecine

M. le Dr Dufour.
Interne : M. Détré.
Externes : MM. Delivet, Chasseray, Pottecher.

MENAGES (Maison de retraite).

Directeur : M. Saint-Martin.

Médecine

M. le Dr Wurtz.
Interne : M. Thibaut.
Interne provisoire : M. Villechaise.
Externe : M. Meyer-Heine.

HOPITAL NECKER

Directeur : M. Longepierre.

Médecine

M. le Dr Huchard.
Interne : M. Jolivet (1er semestre).
Externes : MM. Mercier, Guillaume (Joseph), Béraud, Mlle Tretchenkow.
M. le Dr Barth.
Interne : M. Cottenot.

Externes : MM. Philipon (Em.), Lartigan, Gouyou-Beauchamps, Reynier, Desaux.
M. le Dr Hirtz.
Interne : M. Vigneron d'Hettequeville.
Externes : MM. Pinault, Amblard, Bodineau, Lorreyte, Béraud (Henri).
M. le Dr Achard.
Interne : M. Bénard (Henri).
Externes : MM. Boutet, François (M.), Trifaud, Vinay.

Chirurgie

M. le prof. Delbet.
Chef de clinique : Dr *Iselin.*
Internes : MM. Caraven (méd. d'or), Basset, Mock, Girode.
Externes : MM. Hébrard, Dragatzis, Eudel, Meaux, Lantuéjoul, Saint-Marc, Fournier, Gautruche.
M. le prof. Albarran.
Chef de clinique : Dr *Heitz-Boyer.* — Adjoint : Dr *Papin.*
Internes : MM. Eliot, Doré, Marsan.
Externes : MM. Richard (G.), Versepuech, Gegermacher, Grandjean, Greyfié-de-Bellecombe, Guinet, Quiquandon, Bergès (G.), Monceau, Desvignes.
M. le Dr Routier.
Internes : MM. Pénard, Petit (J.).
Externes : MM. Renard, Mlle Bonderlique, MM. Murga, Hischmann, Le Rochais.

Consultation

Médecine : Dr Sergent, M. H. — Suppléant : Dr *Armand-Delille.*
Interne provisoire : M. Pignot.
Externes : MM. Pineau (Alf.), Touchard.
Chirurgie : Dr Guibé, C. H. — Assistant : Dr *Bonneau.*
Externes : MM. Baudet, Derancourt.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Directeur : M. Roger.

Médecine

M. le D Babinski.
Interne : M. Barré.
Interne provisoire : M. Morancé.
Externes : MM. Paley, J. Durand, Moricaud, Pichard, Delort.
M. le Dr Dalché.
Interne : M. Bloch (Marcel).
Externes : MM. Ducrotoy, Brouet, Coustère, Mlles Blarchier, Monbiot et Protopopow.
M. le Dr Lion.
Interne : M. Le Blaye.
Externes : MM. Marchak, Mélamet, Garnier, Toffin, Camboulives.
M. le Dr Rénon.
Interne : M. Marre.
Externes : MM. Morestin, Bel, Lucas-Championrière, Rousseau (Ferd.), Vaudescal, Sébillotte.
M. le Dr Claisse.
Interne : M. Gastinel.
Externes : MM. Guillermain, Devimeux, Baisoiu, Gatellier, Brenot.
M le Dr Thiroloix.
Interne : M. Jacob.
Externes : MM. Frette, Albertin, Mallet (L.), Daniel (P.).

Chirurgie

M. le Dr Walther.
Internes : MM. Lerat, Lévêque, Brisset.
Externes : MM. Gallas, Arnaudon, Pierquin, Richard (G.), Hudelo, Petit-Dutaillis, Raymondaud.
M. le Dr Arrou.
Internes : MM. Chenot, Guyader, Bienvenüe.
Externes : MM. Feret, Bisson, Duteillet-Delamotte, Lambert, Claude, Durand, Rabut, Trufert.

Accouchement

M. le Dr Potocki.
Interne : M. Leveuf.
Externes : MM. Mornet, Marey.

Consultation

Médecine : Dr Ramond, M. H. — Suppléant : Dr F. *Lévy*.
Externes : MM. Pinchon, Gazel, Haristoy.
Chirurgie : Dr Fredet, C. H. — Suppléant Dr *Alglave*.
Externes : MM Francey, Marmier, Paillard

Radiologie

M le Dr Delherm
Externe : M Dagnan

HOPITAL SAINT-ANTOINE

Directeur : M. Bru.

Médecine

M. le prof. Hayem.
Chef de clinique : Dr *Rivet*. — Adjoint : Dr *Pater*.
Internes : MM. Bricout, Weill (André).
Externes : MM. Rouffignac, Schilmann, Dognon, Juin, Mme Pertat.
M. le Dr Siredey.
Interne : Mlle Déchaux.
Externes : Mmes Ricard, Barbe, Huard, MM. Dedet, Luquet.
M. le Dr Béclère.
Interne : M. Léon-Kindberg.
Externes : MM. Philardeau, Parin, Brun (G.), Sondag, Monod (Lorenz), Aujav de la Durre.
M. le Dr Vaquez.
Interne : M. Foy.
Externes : MM. Teisset, Onfroy de Bréville, Magniel, Rosenwald, Mlle Trélat.
M. le Dr Jacquet.
Interne : M. St-Girons.
Externes : MM. Amyot, Chassin (H.), Bulliard, Castex.
M. le Dr Le Noir.
Interne : M. Petit (Paul).
Externes : MM. Ardillier, Coulon, Massé, Faveret, Guillemin (G.), Mme Henri.
M. le Dr Mosny.
Interne : M. Portocalis.
Externes : MM. Usse, Bonnet (Flavien), Barat, Vallerant.
M. le Dr Mathieu.
Interne : M. Glénard.
Externes : MM. P. Larue, Mathieu, Mazzoléni, Beloux, Marcorelles.
M. le Dr Legry.
Interne : M. Lagane.
Externes : MM. Klefstad-Sillonville, Rehm, Bouquier, Laplanche.

Oto-rhino-laryngologie

M. le Dr Lermoyez. — Assistant : Dr *Laurens*. — Andjoint : Dr *Hautant*.
Interne : M. Combier.
Externes : MM. Perron (Fernand), Boutin, Patenostre, Kuenemann, Gastal.

Chirurgie

M. le Dr Lejars.
Internes : MM. Duval, Petel, Woimant.
Externes : MM. Bruneau, Bontemps, Quénu, Canino, Bourdeaux, Benoiste-Pilloire.
M. le Dr Ricard.
Internes : MM. Lemarchal, Hovelacque, Dumas.
Externes : MM. Beck, Buquet, Powilewicz, Jaugeas, Bilot, Thomas.

Accouchement

M. le Dr Doléris.
Interne : M. Fenestre.
Externes : MM. Huard, Espagnon, Chevallier (Pierre), Mlle Parisse.

Consultation

Médecine : Dr Lereboullet, M. H. — Suppléant : Dr *Faure-Beaulieu*.
Interne provisoire : Dr Dournay.
Externes : MM. Deffins, Feuillet (G.).
Chirurgie : Dr Lapointe, C. H. — Suppléant : Dr *Lemaître*.
Externes : MM. Kuhn, Monin, Pujos, Lévy (Georges).
Ophtalmologie : Dr Dupuy-Dutemps. Oph. H. — Assistant : Dr *Coutela*.
Externes : MM. Babiaud, Faure.

SAINT-LOUIS

Directeur . M. Myey.

Médecine

M. le prof. Gaucher.
Interne : MM. Brin, Joltrain.
Externes : MM. Sigwalt, Chaufour, Dragooesco, Vernière, François (Paul).
M. le Dr Danlos.
Interne : M. Flandin.
Externes : MM. Gras, Magrou, Rouyer, Pimpaneau, Mme Boulan.
M. le Dr Balzer.
Interne : MM. Guenot, Maillet.
Externes : MM. Dive, Bader, Durand (Gust.), Mlles Lœser et Koch.
M. le Dr de Beurmann.
Internes : MM. Verdun, Vernes.
Externes : MM. Eissen, Boé, Doucet, Chopin, Smolizansky.
M. le Dr Brocq.
Internes : MM. Fernet, Lutembacher.
Externes : MM. Sellet, Moutrier, Dubus, Besnard (Gust.), Gouin, Monnier (Paul), Chaperon.
M. le Dr Thibierge.
Interne : M. Gauducheau.
Externes : MM. Cuvillier, Gaillard (Camille), Routhier, Lelongt (Paul), Frenckel.

Chirurgie

M. le Dr Rochard.
Internes : MM. Rais, Dehelly, Stern.
Externes : MM. Baudot, Strauss (Léon), Lecœur, Masmonteil, Feldstein, Sartre.
M. le Dr Beurnier.
Internes : MM. Martin, Chénier, Guillaumé.
Externes : MM. Théoharide, Jacquet (P.), Breuillet, Chenet, Warey, Devilliers.
M. le Dr Rieffel.
Internes : MM. d'Halluin, Riberol, Saiget.
Externes : MM. Jaisson, Grodvolle, Desvaux de Lyf, Antony, Majour, Lœwy.

Accouchement

M. le Dr Boissard.
Interne : M. Verdoux.
Externes : MM. Escallier (H.), Torné, Bobrie, Parent (Rémy).

Consultation

Chirurgie : Dr Lenormant, C. H. — Suppléant : Dr *Morisetti*.
Externes : MM. Lefranc, Lebouc, Lemoussu.

Radiologie

M. le Dr Gastou.
Externe : M. Imbert.

Service d'enfants convalescents

M. le Dr Apert, M. H.
Interne provisoire : M. Pruvost.
Externes : MM. Schoofs, Avezou, Noël (H.), Apard.

Service d'ulcères variqueux

M. le D Rochard.
Interne provisoire : M. Philippon.
Externes : MM. Marro, Cousin.

Service de chirurgie de Hérold.

M. le Dr Ombrédanne.
Internes : MM. Cadenat, Houdard, Miginiac.
Externes : MM. Liacre, Verdier, Duponchef, Le Maux, Richard, Hudre, Quercy, Feygni.

SAINTE-PERINE (Institution) et CHARDON-LAGACHE.

Médecine

M. le Dr Macaigne.
Internes (concours spécial) : MM. Dufour, Dutheil.

SALPÉTRIÈRE (Hospice de la)

Directeur : M. Enjolras.
M. le prof. Raymond
Chef de clinique : Dr *Touchard*. — Adjoint : Dr *Français*.
Internes : MM. Chéné, Schaeffer, Merle (Pierre).
Externes : MM. Collet, Wéber, Garban, Berthomier, Bessière.
M. le Dr Déjerine.
Internes : MM. Jumentié, Chenet.
Externes : Mmes Wolfromm, Gatov-Gatovski, MM. Le Savoureux, Mmes Kononow, Tschoumakowa.

Chirurgie

M. le prof. Segond.
Chef de clinique : Dr *de Martel de Janville*.
Internes : MM. Monsaingeon, Ehrenpreis, Bazy.
Externes : MM. Poisson (Louis), Potherat, Dubois (Maurice), Toutey, Renaud, Daudet.

Service des aliénés

M. le Dr Voisin.
Interne : M. Clarac.
Externes : MM. Lenoir, Cardot.
M. le Dr Deny.
Interne : M. Logre.
Externes : MM. Bedel, Lafont (Paul).
M. le Dr Séglas.
Interne : M. Collin.
Externes : MM. Durville, Siguret.

CLINIQUE TARNIER

Directeur : M. L'Huillier.

Accouchement

M. le prof. Bar.
Chef de clinique : Dr *Cathala*. — Adjoint : Dr *Legueux*.
Externes : MM. Detay, Berthon, Bellin du Coteau, Rabourdin (André), Roux (Etienne).

HOPITAL TENON

Directeur : M. Leblanc.

Médecine

M. le Dr Ménétrier.
Interne : M. Mallet.
Externes : MM. Villatte, Reinhold, Meurisse, Videau, Delotte.
M. le Dr Klippel.
Interne : M. Stroehlin.
Externes : MM. Basthard, Bogain, Hattat, Kœchlin (Fernand), Mlle Bouteil.

Service temporaire

Externes : MM. Photiadis, Galliot.
M. le Dr Florand.
Interne : M. Blanc.
Externes : MM. Jacquot, Françon, Rongier, Thibault.
M. le Dr Caussade.
Interne : M. Cotoni.

Externe : MM. Lebas, Géraud, Michaux, Goret, Héricourt.
M. le Dr PARMENTIER.
Interne : M. Marcorelles.
Externes : MM. Berthod, Wilmet, Lebrun, Istria, Toussaint, Guelfucci.
M. le Dr GOUGET.
Interne : M. Pélissier.
Externes : MM. Lecat, Speth, Mossé, Guinaud.
M. le Dr HUDELO.
Interne : M. Mallein.
Externes : MM. Winaver, Decrop, Gontier (Jean), Mouradian.
M. le Dr BEZANCON.
Interne : M. de Brunel de Serbonnes.
Externes : MM. Fallot (Ch.), Casalis, Sanjurjo, Blutel, Mlle Lévi-Alvarès.

Chirurgie

M. le Dr MORESTIN.
Internes : MM. Périer, Ferrand, Mornard.
Externes : MM. Rouché, Bouvier, Crozet, Guyonnaud, Hémery, Mlle Vasseur.
M. le Dr THIÉRY.
Internes : MM. Deroide, Brocq, Nicaud.
Externes : MM. Sikoraw, Boulay (E.), Rousselot (Georges), Thierry, Leporcq, Lavedan.
M. le Dr SOULIGOUX.
Internes : MM. Fouquiau, Mondor.
Interne provisoire : M. Dufourmentel.
Externes : MM. Girardot, Desprez, Fricker, Gheorghiu Panciulesco.

Accouchement

M. le Dr DÉMELIN.
Interne : M. Maisons.
Externes : MM. Piot (Alb.), Trémolières, Cabre.

Consultation

Médecine : Dr BROUARDEL, M. H. — Suppléant : Dr *Lebar*.
Interne provisoire : M. Mignot.
Externes : MM. Fenard, Roussel (René).
Chirurgie : Dr CHEVRIER. — Suppléant : Dr *Bouchet*.
Externes : MM. Braye, Monnier (Henri), Besnard (J.).

Radiologie

M. le Dr LEGROS.
Externe : M. Demonchy (Ch.).

HOPITAL TROUSSEAU

Directeur : M. CONDOM.

Médecine

M. le Dr NETTER.
Interne : Mlle Giry.
Externe : MM. Adler, Sourdille, Laisney, Gastaldi, Mlles Cosmovici, Blanc.

Service de la Diphtérie

Interne provisoire : M. Bloch (Jacques).
Externe : Mlle Lévy.
M. le Dr TRIBOULET.
Interne : M. Périneau.
Externes : MM. Girod (Fernand), Vivier, Alary, Floquet, Jeannest, Lanos.

Chirurgie.

M. le Dr SAVARIAUD.
Internes : MM. Bonvoisin, Pillot, Vuillet.
Externes : MM. Fourrey, Trotain, Rouèche, Zaepffel (Léon), Sidoun, Sarrazin, Guillot, Drouet.

Consultations

Médecine : Dr RIST, M. H. — Suppléant : Dr *Ball*.
Interne provisoire : M. de Cumont.
Externes : MM. Sérin, Guédeney, Mlle Celnik.

Radiologie

M. le Dr MÉNARD.
Externe : M. Simon.

BIBLIOGRAPHIE

Les régimes, alimentation rationnelle dans la santé et la maladie, par le Dr F. DE GRANDMAISON. (1 vol. in-12, de 275 pages, chez Maloine, 1909.)

Cet ouvrage fait partie de la « *Bibliothèque de la nutrition* » publiée par le même éditeur sous la direction du même auteur. Cette fois, il s'agit de régimes alimentaires dans les diverses diathèses ou maladies, sous une forme logique, simple, claire, et qui reflète un bons sens clinique des plus éprouvés. L'auteur explique et défend ses théories, parfois avec des raisons ou des interprétations qui peuvent être discutables, mais qui ne cessent d'être intéressantes. En tous cas il s'agit d'un guide qui rendra de bons services au médecin qui s'en servira pour lui-même et pour ses malades. Dans la 1re partie du volume. sont des *généralités* déjà connues *sur l'alimentation* et *la nutrition*, ainsi que sur l'*Alimentation rationnelle dans la santé* (2e partie) ; mais la 3e partie nous paraît b aucoup plus original, et pour les régimes indiqués, dont la formule paraît très bonne dans la plupart des cas. et pour les points de vue cliniques qui étayent la thérapeutique diététique de M. de Grandmaison, et font de son nouveau travail une excellente publication. C.

L'alimentation de l'enfant de 2 à 6 ans. Un volume in-16 de 125 pages ; par Mme MOLL-WEISS. (Chez Steinheil, Paris 1009.)

La première qualité d'un livre est l utilité : il me semble bien que celui ci la possède au plus haut degré. Nous savions comment nourrir les enfants au sein ou au moment de leur sevrage, nous connaissions les règles alimentaires pour les adolescents et les adultes, l'alimentation de la deuxième enfance était souvent délaissée. Ce livre vient donc combler une lacune et nous devons en remercier l'auteur.

Dans ce volume on constatera avec quelle clarté Mme Moll-Weiss expose les notions physiologiques indispensables à connaître pour alimenter rationnellement, avec quel soin elle envisage les règles générales de l'alimentation et donne la technique à suivre L'auteur n'oublie pas qu elle est directrice de l'Ecole des mères et elle montre, ce qui est précieux, comment avec un maigre budget, il est possible d'obtenir une bonne alimentation.

D. G. P.-B.

Les maladies vénériennes, par Ernest FINGER. (Chez Frantz Deuticke, Leipsig et Vienne. Prix : 12 couronnes).

Ernest Finger, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à Vienne, vient de faire paraître un excellent livre de vénéréologie à l'usage des médecins praticiens et des étudiants. Ce volume de 380 pages est pourvu de 8 planches en couleurs fort bien reproduites qui représentent successivement : le gonocoque dans le pus de la blennorrhagie ; le bacille de Ducrey dans le pus du chancre mou ; le tréponème dans la sécrétion d'un chancre syphilitique ; le tréponème vu à l'éclairage sur fond noir ; les vibrions et spirochètes dans la balanite érosive et gangréneuse au milieu des tissus ; les coupes d'un chancre syphilitique colorées l'une à l'hématoxyline éosine, l'autre à l'argent pour la coloration du tréponème ; une coupe à l'argent d'un ganglion syphilitique ; une coupe à l'hématoxyline d'un condylome syphilitique de l'anus ; une coupe d'une gomme de la langue ; une intéressante coupe de pneumonie blanche avec tréponèmes ; un grand nombre de coupes de blennorrhagie, etc.

La syphilis est étudiée avec soin : l'étude expérimentale en est succinctement exposée : la syphilis acquise, la syphilis héréditaire. le traitement, y sont exposés avec les détails nécessaires.

La blennorrhagie chez l'homme et chez la femme avec ses complications, la balanite, la vulvite, les végétations, le phimosis, le paraphimosis, la lymphangite, les bubons sont également étudiés avec soin.

Ce livre, bien édité, mérite d'entrer dans la bibliothèque de tout étudiant ou praticien qui possède la langue. G. M.

Antropologie Bolivienne ; par le Dr CHERVIN. (3 *volumes de* 410,4301 150 *pages. Avec de nombreuses photographies. Imprimerie nationale, Paris* 1904.)

Une mission scientifique en Bolivie organisée par M. de Créqui-Montfort et Sénéchal de la Grange a étudié les hauts-plateaux boliviens au point de vue géologique, anthropologique, linguistique et archéologique. Les 3 volumes du Dr Chervin sont consacrés à l'anthropologie : chacun connaît la compétence de notre collègue, ancien président de la Société d'anthropologie, aussi s'est-il acquitté brillamment de la tâche qu'il a entreprise.

Le tome Ier s'occupe de l'ethnologie, de la démographie, et de la photographie métrique, le tome II est consacré à l'anthropométrie, le tome III a la nomologie.

Il est impossible de résumer ce travail considérable, qui n'est pas seulement un exposé technique et aride, mais est plein d'aperçus ethnogéniques. sociaux et biologiques. Par exemple, le docteur Chervin, d'après les données de l'exploration, se demande si ce n'est pas le nouveau continent qui est l'ancien ; d'après les observations des types il élucide la question si complexe du métissage. Enfin je tiens à signaler le résultat excellent des méthodes de nonométrie photographique dont la commodité est évidente.

Ajouterai-je que l'illustration de ce livre est remarquable, et que les documents photographiques sont de premier ordre ?

G. P.-B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anémie pernicieuse. Mort rapide après une injection de sérum antidiphtérique ;

Par R. **MORICHAU-BEAUCHANT** et D. **MESMAIN**.

Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux datant de 3 ans, MM. Rénon et Léon Tixier (1) signalaient les bons effets qu'ils avaient obtenus dans un cas d'anémie pernicieuse par les injections de sérum antidiphtérique. Ils rappelaient les travaux de MM. Roger et Josué (2), qui avaient démontré, plusieurs années auparavant, la réaction importante que subissait la moelle osseuse de lapins à la suite d'injections de ce même sérum. D'autre part, M Carnot et Mlle Deflandre montrèrent que le sérum d'animaux préalablement saignés, prélevé en pleine crise hématique de régénération, provoquait par injection sous-cutanée ou intraveineuse chez les animaux neufs une augmentation globulaire rapide et considérable. Les mêmes auteurs, appliquant cette méthode au traitement des anémies, obtinrent chez les malades injectés des augmentations globulaires considérables, atteignant de 1 à plusieurs millions d'hématies par mm. c. et se maintenant de 2 semaines à 3 mois. A défaut de sérum hémopoiétique spécialement préparé, on peut se servir des sérums antitoxiques non chauffés préparés dans les instituts bactériologiques, du sérum antidiphtérique en particulier. Les animaux producteurs de ce sérum sont en effet soumis à des saignées successives ; leur sang, prélevé en période de rénovation, contient tous les principes actifs nécessaires.

Que l'on admette avec M. Rénon et Tixier, Roger et Josué que le sérum antidiphtérique agisse comme sérum antitoxique, ou avec M. Carnot et Mlle Deflandre, que son action résulte uniquement des hémopoiétines qu'il renferme, son emploi apparaît tout à fait justifié dans le traitement de l'anémie pernicieuse.

Il ne semble pas cependant que la méthode se soit généralisée, et dans les recherches forcément restreintes, il est vrai, que nous avons faites à ce sujet nous n'avons pu prendre connaissance que d'un fort petit nombre d'anémies pernicieuses traitées par les injections de sérum antidiphtérique.

L'observation que nous rapportons nous a paru intéressante, car elle met en évidence le danger possible de ces injections que nous n'avons pas vu jusqu'alors suffisamment signalé.

Observation. — C., âgé de 46 ans, entre à la maison de santé de Pont-Achard le 7 janvier 1909.

Ce malade avait eu une vie assez agitée. Il avait séjourné au Japon pendant plusieurs années, et y avait contracté une affection thoracique, une pleurésie purulente vraisemblablement qui se traduisit par des vomiques répétées. L'affection guérit, mais lui laissa une certaine susceptibilité qui nécessita son retour en France il y a environ 12 ans. En novembre 1907 il aurait eu une pleuro-pneumonie du côté droit, et depuis cette époque ne se remit pas très bien. Il était souvent obligé de se reposer par périodes. Il digérait difficilement, il était très essoufflé à la fin des repas. Il se mit à un régime sévère, lait et œufs pendant plusieurs mois. En octobre 1908, il remarqua qu'il s'essoufflait beaucoup plus facilement ; son teint devint pâle, vert ; il perdit l'appétit, ses forces diminuèrent sensiblement, ses jambes enflèrent, et il se plaignit de vives douleurs précordiales. Il fut vu alors par l'un de nous qui fut frappé de l'état d'anémie et constata l'existence de souffles systoliques au niveau des orifices du cœur. Les urines furent soigneusement examinées, mais on n'y trouva ni albumine, ni sucre.

Le 6 décembre 1908, vers onze heures du matin, il fut pris d'un frisson intense, il eut des vertiges et tomba presque sans connaissance. Le Dr Mesmain constata alors une température de 40°, un pouls à 120, une dyspnée considérable avec point de côté à droite et de très vives douleurs au niveau de la région précordiale au moindre mouvement. Ces douleurs se produisaient aussi après l'absorption des liquides. La température se maintint élevée et les douleurs persistèrent avec toute leur acuité pendant environ six jours. Un mieux se produisit, qui persista jusqu'au 16 décembre. A cette époque, reprise des accidents pendant une huitaine de jours, puis nouvelle accalmie permettant le transport à la maison de santé de Pont-Achard.

A son entrée, nous constatons une grande pâleur des téguments et des muqueuses, les conjonctives sont légèrement jaunes. Le malade est très essoufflé, même au repos, et l'essoufflement augmente aussitôt qu'il prend la parole qui est brève et entrecoupée. L'embonpoint paraît normal, le malade dit n'avoir pas maigri, la face n'est pas bouffie, mais les membres inférieurs jusqu'aux genoux présentent un œdème manifeste. Il n'y a aucune éruption purpurique ou autre.

La langue est pâle, l'appétit n'a pas complètement disparu, le malade ne vomit pas, les digestions sont un peu pénibles, le ventre se ballonne après les repas ; les douleurs précordiales, dont nous parlerons tout à l'heure, augmentent l'essoufflement. Le ventre, au moment où nous l'examinons, ne paraît pas augmenté de volume. La rate n'est pas perceptible, mais le foie est gros, il déborde d'environ deux travers de doigt les fausses côtes, il est dur et un peu douloureux. Le malade a plutôt de la constipation, selles normalement colorées.

Du côté des poumons, on note une gêne respiratoire assez vive (32 respirations au repos). Le malade ne tousse ni ne crache ; à l'auscultation on constate des râles sous-crépitants aux deux bases surtout à droite.

Il accuse de vives douleurs au niveau de la région précordiale. Elles surviennent spontanément, même au repos ; s'exagèrent par le moindre mouvement et après l'ingestion des aliments, elles s'accompagnent parfois de douleurs dans le bras gauche jusqu'au coude ; il ne semble pas y avoir d'angoisse particulière, mais la douleur est très vive car on voit les traits du malade se contracter. Ces douleurs reviennent plusieurs fois par jour, leur durée est très courte, de quelques secondes. Le pouls est à 100, régulier mais petit. A l'auscultation du cœur, souffles systoliques au niveau des orifices du cœur paraissant avoir les caractères des souffles anémiques. Double souffle dans les vaisseaux du cou.

Le malade ne présente actuellement, ni n'a présenté aucune hémorrhagie.

Rien de particulier à signaler du côté du système nerveux, si ce n'est un certain degré d'agitation et d'irritabilité, le malade dort peu la nuit. Rien d'anormal du côté des organes des sens, il n'a aucun trouble du côté de la vue.

Les urines sont moyennement abondantes elles ne renferment ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires, l'urobiline n'a pas été recherchée.

La température est normale.

(1) L. Renon et L. Tixier. — Anémie pernicieuse traitée avec succès par la radiothérapie et les injections de sérum antitoxique. (*Société médicale des hôpitaux*, 9 mars 1906.)

(2) Roger et Josué. — *Soc. de biologie*, 9 janvier-10 avril 1897.

Le 7 janvier, on fait une prise de sang par piqûre au niveau du doigt, le sang est extrêmement pâle et on a toutes les peines du monde à en obtenir suffisamment pour étaler sur quelques lames. Coloration à l'hématoxyline-éosine et à la thionine phéniquée. On note, mais très disséminés (2 ou 3) sur toute une lame quelques mégaloblastes, pas d'hématies granuleuses, pas de poikilocytose ; globules blancs composés de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles à l'exclusion de tout myélocyte ; leur nombre paraît inférieur à la normale.

De l'examen clinique et de l'examen du sang, nous pensons pouvoir conclure à l'existence chez notre malade d'une anémie à forme pernicieuse, qui se présente dans des conditions particulièrement graves, étant donnée la formule hématologique montrant le peu d'activité des organes hématopoiétiques.

Nous n'avons pas fait la numération des globules par suite d'un accident survenu à notre hématimètre.

Nous pratiquons alors le 8 janvier une injection sous-cutanée de 25 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Le sérum venait de l'Institut Pasteur et la date de sa fabrication était le mois d'octobre 1908.

Rien de particulier ne se produit pendant 24 heures; l'état semble plutôt un peu meilleur que les jours précédents. Le 9 janvier au soir la scène change, le malade a un frisson ; la température qui jusque-là se maintenait à 37, monte brusquement à 40, le malade a du délire qui persiste toute la nuit. Le lendemain matin, la température est à 39,5, le pouls à 120, la respiration à 36, la langue est sèche, la malade est subdélirant.

La coloration de la peau est plus jaune que les jours précédents, les conjonctives sont nettement ictériques. Les urines sont assez abondantes, elles ne renferment pas d'albumine, ni de pigments biliaires (urobiline non examinée). Le soir même état. Température 39. La nuit est mauvaise, le malade délire et on est obligé de le maintenir dans son lit.

Le lendemain matin, température 39,5, pouls 130, langue très sèche, alimentation plus difficile, délire persistant ; coloration jaune des téguments et des conjonctives encore plus accentuée. Urines ne renferment ni albumine ni pigments biliaires. Le malade succombe dans la soirée sans avoir présenté de symptômes nouveaux.

On ne nota ni réactions inflammatoires du côté de la piqûre, ni érythème.

Bien que la numération globulaire n'ait pas été faite et que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, les signes cliniques présentés par notre malade étaient suffisants, croyons-nous, pour justifier le diagnostic d'anémie pernicieuse sans que l'on puisse dire, d'ailleurs, si celle-ci était primitive ou secondaire.

L'injection des 25 cc. de sérum antidiphtérique est-elle responsable des accidents graves qui survinrent 24 heures après et qui emportèrent le malade en deux jours ? Il est difficile de l'affirmer positivement, le malade ayant eu déjà, sans sérum, des poussées fébriles analogues. Notre impression cependant est qu'il y a eu là plus qu'une coïncidence et que l'injection a dû pour le moins hâter la terminaison fatale. Notons, parmi le tableau symptomatique que nous avons décrit, l'existence d'un ictère hémolytique particulièrement intense et l'absence d'albumine même à l'état de traces dans les urines.

La dose injectée fut elle trop forte ? Nous croyons qu'en pareil cas il conviendrait de tâter la susceptibilité du malade et de commencer par des doses faibles 5 ou 10 cc. par exemple. Notons que la malade de MM. Renon et Tixier a reçu 265 centimètres cubes répartis en 14 piqûres en l'espace d'un mois et demi sans aucun incident. Par contre, chez un malade de M. Chauffard (1), le sérum antidiphtérique avait provoqué rapidement de l'albuminurie et on dut y renoncer.

Dans notre cas, il s'agissait d'une anémie pernicieuse aplastique. Peut-être est-ce une condition qui rend dangereuse l'emploi du sérum ? Peut-être aussi, à l'exemple de ce qui est conseillé pour la tuberculine faudrait-il totalement s'abstenir de cette médication lorsque les sujets ont des tendances, et c'était le cas pour notre malade, à des poussées fébriles. Enfin, peut-être y aurait-il lieu de substituer dans certains cas à l'injection, qui constitue un procédé toujours un peu brutal, l'ingestion du sérum ainsi que l'a récemment préconisé Mlle Deflandre (2) dans le traitement de certaines anémies post-hémorrhagiques ?

Les traumatismes de l'épaule. Leur physiothérapie ultérieure ;

(*Travail du service de physiothérapie du Val-de-Grâce*)

Par MM.

CHAVIGNY et WORMS

Professeur agrégé au Val-de-Grâce — aide-major de 1re classe

Après un traumatisme violent de l'épaule, surtout lorsqu'à la contusion des parties molles s'ajoute quelque fracture tubérositaire ou une luxation de la tête humérale, il est de pratique courante, pour parer à la douleur ou à la récidive, d'appliquer, sitôt la réduction obtenue, un bandage parfois serré, et de laisser ainsi l'articulation immobilisée pendant un temps assez considérable, à la durée duquel on n'attache d'ordinaire qu'une attention médiocre.

Et lorsqu'au bout d'une ou plusieurs semaines on se décide à retirer l'écharpe, on constate une impotence plus ou moins complète du membre supérieur.

Sans doute, les lésions du squelette sont réparées, les déplacements articulaires corrigés : le blessé est guéri « anatomiquement », mais il demeure un invalide, incapable de reprendre le travail.

Et ces conséquences fâcheuses peuvent aussi bien se montrer à la suite de traumatismes qui, au premier abord, en avaient imposé pour des accidents très bénins.

En face d'une impotence de ce genre, où le chirurgien n'a plus que faire, le diagnostic réclame de la part du physiothérapeute une discussion approfondie et qui n'est pas sans importance pour le pronostic et le traitement.

Electricité, massage, constituent, en effet, comme une panacée commode que l'on applique indifféremment à tous les cas sans poser de règles précises ni faire les distinctions qu'imposent les lésions.

Or, la situation est loin d'être identique chez les différents malades et avant de rien prévoir ni de rien faire, il faut élucider quels sont les obstacles au libre jeu de l'articulation.

Grosse question, fort débattue, trop complexe, en vérité, pour s'accommoder des solutions simplistes qui ont été maintes fois proposées.

On a fait jouer un rôle variable et tour à tour prédominant à l'atrophie musculaire — à la névrite du circonflexe — aux adhérences et brides fibreuses nouvellement formées (arthrite et péri-arthrite), aux déformations osseuses) (fractures parcellaires de la tête humérale).

---

(1) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 29 juin 1906.
(2) Mlle Deflandre. — Sur l'injection de sérum hémopoiétique dans certaines anémies post-hémorrhagiques. *Progrès médical*, 13 février 1909.

Ce sont autant de formes cliniques et de types anatomo-pathologiques qu'il est nécessaire de distinguer avec soin, si l'on veut instituer une thérapeutique raisonnée et efficace.

a) L'atrophie du deltoïde, atrophie dite réflexe, se produit régulièrement, presque fatalement, après une contusion un peu intense de l'épaule. Essentiellement précoce, et d'emblée très accusée, elle attire vite l'attention du praticien le moins averti, qui la combat dès son apparition par le moyen à juste titre réputé souverain en pareille matière, l'électricité.

On électrise le deltoïde, on refait aisément ce muscle, qui reprend bientôt son volume et sa puissance de contraction.

C'est là le cas le plus simple et le plus favorable.

b) D'autres fois, il peut s'agir non pas seulement d'impotence musculaire, mais d'une paralysie véritable du deltoïde, capable d'envahir les muscles voisins et résultant d'une névrite du circonflexe et parfois d'autres branches du plexus brachial.

Les muscles offrent alors la réaction de dégénérescence, et, de plus, on observe des phénomènes sensitifs, tels que douleurs intenses, spontanées ou provoquées, à caractères radiculaires, zones d'anesthésies systématisées, etc.

Là encore, avec certaines précautions, l'électricité est indiquée, quoique la réparation doive se réaliser assez lentement en raison du degré et de l'intensité des désordres.

c) Mais trop souvent, dans l'articulation enraidie, l'atrophie musculaire n'est qu'un élément très accessoire de l'immobilisation, le plus apparent sans doute, mais au fond le moins important.

L'insuffisance du traitement électrique le démontre surabondamment à plus ou moins longue échéance.

Pour méconnaître la lésion fondamentale, qui est essentiellement articulaire, ou péri-articulaire, on néglige toute la thérapeutique d'assouplissement et de mobilisation nécessaire.

Il suffit, en effet, de maintenir une épaule immobile une semaine ou deux pour qu'il s'établisse une véritable ankylose fibreuse lâche : la capsule se rétracte, et s'il y a quelque épanchement articulaire, à cette rétraction capsulaire se surajoutent des adhérences fibreuses inter-articulaires.

Ces lésions, d'ailleurs, ont été relevées et décrites il y a longtemps déjà, sous le nom de « périarthrite », par Jarjavay, par Duplay, qui les ont localisées, un peu trop exclusivement, peut-être, à la bourse séreuse sous-deltoïdienne.

Dans ces dernières années, les rayons X ont mis en évidence, dans nombre de cas étiquetés « péri-arthrite » l'existence de fractures partielles (Tuffier-Forget) ou parcellaires (Jacob-Poutrin) de la tête humérale. Nous devons dire, que, malgré toute notre attention, nous n'avons pas retrouvé souvent pareilles fractures chez les malades dont nous avons examiné les radiographies ; en tous cas, il ne semble pas qu'une déformation de la tête humérale, reconnaissant cette cause, soit suffisante pour expliquer l'impotence.

En réalité, l'articulation est immobilisée parce qu'au vaste appareil de glissement qui l'engaîne à l'état normal, s'est substitué, par un processus d'organisation dont le foyer de contusion devient le siège, une nappe fibreuse qui se confond plus ou moins avec la capsule et peut envahir la glène.

Aussi bien, les suppurations de voisinage peuvent-elles donner naissance aux mêmes lésions, et récemment, chez un malade présenté à la Société médicale des hôpitaux, et atteint d'un énorme phlegmon de la nuque, nous avons constaté une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, qu'il était tout à fait logique d'attribuer à une pseudo-ankylose fibreuse par immobilisation prolongée.

Comment reconnaître cette impotence due à l'ankylose ?

Quand il ne s'agit que d'atrophie musculaire, l'impossibilité des mouvements spontanés fait contraste avec l'aisance des mouvements provoqués, qui ont conservé leur amplitude normale et sont absolument indolores.

Au contraire, la douleur, la douleur vive d'ordinaire que provoquent les tentatives de mobilisation, suffit à démontrer que l'appareil capsulaire ou péricapsulaire est touché : tout effort qui le distend réveille du même coup les contractions musculaires et la résistance s'accroît.

Duplay insiste, en particulier, sur la limitation du mouvement d'abduction, empêchant d'élever le bras jusqu'à l'horizontale. Ce signe cadrerait assez avec l'existence d'un obstacle osseux (cal de fracture parcellaire) venant faire butée contre l'acromion.

Or la radiographie, nous l'avons vu, ne donne que des renseignements inconstants à ce point de vue.

En réalité tous les mouvements de l'articulation sont gênés au même titre, et une exploration minutieuse permet de s'en rendre compte.

La manœuvre suivante est destinée à montrer quelle résistance s'oppose à la rotation externe et interne de la tête humérale : le coude du côté blessé fléchi à angle droit, on le rapproche jusqu'au contact du tronc, en le tenant fixé dans cette position ; puis on porte la main du patient en dehors. Or, tandis qu'à l'état normal on parvient à placer l'avant-bras dans le plan transversal du corps, dans le cas de péri arthrite, même en allant lentement, graduellement, sans secousses, on n'arrive à réaliser qu'un déplacement insignifiant.

De même si, pareilles précautions étant prises, c'est-à-dire la face interne du bras amenée en contact sur toute sa longueur avec le thorax, et le coude maintenu au corps, on essaye de porter la main du blessé vers l'épaule du côté sain, la tentative est à peu près impossible.

En un mot, le roulement de la tête humérale en dedans comme en dehors est extrêmement limité.

Bien plus, le moindre mouvement ne s'obtient que par le déplacement simultané de l'omoplate et la mise en jeu de l'articulation sterno-claviculaire : dès qu'on écarte le bras, on fait basculer l'omoplate ; l'épaule se meut en masse, et si l'on vient à s'opposer à ce mouvement de l'omoplate en appuyant sur son angle inférieur, on empêche cette abduction apparente.

Mais cet excellent signe de l'ankylose naissante n'est pas toujours facile à mettre en évidence chez les sujets gras ou vigoureusement musclés. Aussi la meilleure manière de juger de la suppléance remplie par la mobilité de la ceinture scapulaire sur le tronc nous paraît-elle être d'interroger la clavicule, dont, à raison de son relief à fleur de peau, les déplacements, intimement solidarisés à ceux de l'omoplate, peuvent être très aisément suivis à l'œil ou au doigt.

A l'état normal, quand, dans un mouvement d'abdution, le bras se porte en dehors, l'humérus tend à se mettre dans le prolongement de la clavicule, qui conserve sensiblement l'horizontale ou prend une position légèrement oblique vers le haut.

Dans le cas d'ankylose, même légère, de l'épaule, tout le mouvement se passant dans l'articulation sterno-claviculaire, la clavicule s'élève à mesure que l'abduction

s'exagère et s'abaisse lorsqu'on ramène le membre dans la verticalité.

La radioscopie permet de saisir avec une grande netteté ces différences de position entre la clavicule du côté sain et celle du côté malade.

— Il résulte de ces considérations qu'après avoir rendu aux muscles leur force et leur tonicité normales, on n'a pas augmenté la mobilité du membre, vu l'état où se trouve l'articulation. Cette donnée fondamentale doit dominer toute intervention.

Ces raideurs sont, en effet, le triomphe de la gymnastique articulaire bien faite.

La mobilisation, par la distension et l'allongement progressifs de la capsule, la rupture des adhérenées, est seule capable de restaurer l'article.

Il faut se hâter de la pratiquer afin de ne pas laisser passer le moment favorable, et cette indication est particulièrement impérieuse chez les personnes âgées, où se manifeste avec une si grande rapidité cette tendance à l'enraidissement.

Quels que soient le nom et les moyens de la méthode employée, il est un certain nombre de règles à observer, exposées par Lucas-Championnière dans son étude sur la théorie et la pratique du massage (1889) : les mouvements doivent être toujours de petits mouvements, provoqués sans aucune violence, et jamais, au début, des mouvements fonctionnels.

Ceux-ci ne peuvent être repris que très progressivement lorsque la guérison est à peu près complète.

Complément indispensable du traitement électrique, la mobilisation précoce de l'articulation de l'épaule, dans tous les cas de contusion, même d'apparence légère, évitera presque à coup sûr les troubles fonctionnels, qui, par leur durée et parfois leur allure progressive, apportent au traumatisme un facteur d'aggravation souvent plus considérable et toujours plus onéreux que la lésion primitive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une campagne contre les abus universitaires.

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, secondée par l'Union des Syndicats médicaux de France, par le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens et par l'unanimité des Associations d'Etudiants en médecine de France et d'Algérie, a entrepris une campagne énergique contre le favoritisme et les abus universitaires.

Ces abus ne datent pas d'hier et les protestations du Corps médical n'ont pas attendu jusqu'à ce jour pour se produire. Dès 1895, à la suite d'une manifestation des Etudiants en médecine de Montpellier, une campagne active fut menée par les Etudiants en médecine de Paris et l'Union des Syndicats médicaux contre les dispenses de baccalauréats et les équivalences de diplômes délivrés avec une déconcertante libéralité aux étudiants étrangers. La Presse s'intéressa à la question. Et le bruit qui se fit à ce sujet, un peu de tous côtés, trouva un écho au Parlement. A la séance du 9 juin 1896, M. Georges Berry, député de la Seine, posa une question au ministre de l'Instruction Publique, M. Alfred Rambaud, question que M. Lannelongue, se faisant l'interprète du Corps médical tout entier, transforma en interpellation. Nos confrères Pédebidou et Chapuis intervinrent dans le débat.

Les médecins français demandaient simplement qu'on fît entrer les étudiants étrangers dans la règle commune, qu'on ne leur permît pas d'obtenir le diplôme de docteur avec le droit d'exercer en France, avec plus de facilité qu'aux étudiants français. Mais il est des gens qui ont l'esprit mal fait. Les bateleurs du patriotisme protestèrent avec violence contre le coup que l'on voulait porter à l'influence française, qui n'était en rien menacée ; et ceux qui faisaient commerce d'internationalisme flétrirent ces fils de bourgeois, avides de privilèges, et parlèrent, non sans dédain de « l'intérêt de quelques-uns qui vivent de la maladie des autres ». Pensez donc ! ils avaient l'audace de réclamer l'égalité devant la loi.

La France est un pays où le bon sens finit toujours par triompher. La Chambre invita le ministre à étudier la question qui fut solutionnée par la création du diplôme d'Université de docteur en médecine.

Les étrangers purent venir faire leurs études médicales en France, et se retirer avec un diplôme, mais ce diplôme ne leur donnait pas la faculté d'exercer en France, et pour obtenir le diplôme d'Etat qui seul confère ce droit, il fallait subir tous les examens et toutes les obligations de l'Etudiant français.

Pendant longtemps, aucune protestation sérieuse ne s'éleva. Les Congrès des praticiens de Paris et de Lille montrèrent cependant que, si les abus étaient cachés, ils n'en étaient pas moins nombreux, et le Corps médical apprit, non sans stupéfaction, que les Facultés et Ecoles de médecine, comme du reste tous les établissements d'Enseignement supérieur et même, comme toutes les administrations, donnaient asile au favoritisme le plus éhonté.

On nous raconta, par exemple, que dans une ville du Centre, l'Administration universitaire ouvrait à des jeunes filles sans instruction secondaire la porte de son Ecole préparatoire ; c'était le dernier mot de la galanterie sinon du féminisme. Ailleurs, on faisait mieux : un instituteur menait de front ses études médicales et sa classe. L'Ecole de médecine où il était inscrit, étant dans un département voisin de sa résidence, le stage hospitalier devenait difficile, mais les politiciens de nos jours ne s'embarrassent pas de si peu. On créa dans l'hospice de la petite ville où il enseignait une place d'interne appointé, malgré l'inutilité absolue de la fonction et l'opposition du médecin de l'hospice. C'est là que désormais, sous l'égide des grands électeurs de la région, avec la complicité de l'Administration, cet instituteur terminera ses études. Pourquoi protester ? N'avons-nous pas demandé que l'Hôpital devînt le centre de l'Enseignement !

Non loin de là, dans une grande ville, un vétérinaire faisait vaguement de la radiographie avec la complicité bienveillante du corps médical, et énergiquement de la bonne politique avec l'assentiment des pouvoirs locaux. Nos confrères auraient dû se souvenir du fabuliste :

> Laissez-leur prendre un pied chez vous.
> Ils en auront bientôt pris mille.

Le vétérinaire radiographe ne tarda pas à être bombardé directeur du bureau d'hygiène, et dans le but d'augmenter son autorité chancelante, l'Administration universitaire lui accorda maintes inscriptions et pas mal

de dispenses, pour lui permettre d'arriver en hâte au doctorat en médecine.

L'Algérie est un pays chaud et fertile et quand le favoritisme y pousse, c'est avec la vigueur coutumière de toute végétation tropicale. Le fils d'un cheik haut côté eut le caprice de faire sa médecine à Alger. Bien que sans instruction secondaire, sans diplôme universitaire, il fut admis à l'Ecole de médecine malgré les protestations des étudiants auprès de M. Liard qui alors faisait une tournée d'inspection.

Unis au Syndicat médical d'Alger, ils portèrent l'affaire devant le Congrès des Praticiens de Lille. L'administration fit la sourde oreille. Mais les étudiants d'Alger ne sont pas timides ; ils se fâchèrent et menacèrent de mettre en pratique le boycottage de l'Ecole, que M. Thilloy, de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, appellait si pittoresquement le procédé de nettoyage par le vide. Les choses prenaient une tournure inquiétante, le fils du cheik disparut brusquement et les étudiants algérois étaient fiers de leur petit succès, quand ils apprirent que leur prétendue victime, non seulement continuait ses études à Montpellier, mais était pourvue d'une bourse consolatrice.

Nous pourrions raconter jusqu'à demain des faits de ce genre.

Nous pourrions demander pourquoi les docteurs de la Faculté des jésuites de Beyrouth en Syrie, qui ont fait leurs études médicales sans remplir les conditions des élèves de nos écoles françaises, ont été tout à coup pourvus du diplôme d'Etat français, et sont devenus docteurs de la Faculté de Lyon.

Après Gambetta et le Pr Pozzi nous admettons bien que l'anticléricalisme ne doit pas être un article d'exportation, et nous approuvons toutes les méthodes d'expansion de l'influence française en Orient, fussent-elles en soi fort peu logiques. Mais ce n'est pas une raison pour être satisfaits de ce que l'Orient, nous payant de retour, nous adresse comme articles d'importation un contingent de Syriens que nous faisons docteurs de Lyon à Beyrouth et qui viennent nous disputer notre pain. Leur émigration n'est pas, m'a-t-on affirmé, considérable. C'est possible, mais elle promet de s'étendre. Un confrère nous racontait tout récemment que par une obole donnée à point, il avait empêché de mourir de faim un malheureux docteur de Beyrouth que le mirage de la fortune avait attiré en France.

Toutes ces irrégularités avaient ému, il y a quelques mois, l'Union des syndicats médicaux de France. Elle tenta une enquête ; mais le mal était soigneusement caché. Nos confrères ignoraient pour la plupart ces abus, et les secrétaires des Facultés et Ecoles gardaient jalousement leur secret professionnel.

Un étudiant de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris consacra ses vacances de Pâques à faire tout seul un petit supplément d'enquête dans le Midi de la France. Avec une habileté qui rendraient jaloux les plus fins limiers de M. Hamard, il parvint à se faire montrer les dossiers d'un certain nombre d'étudiants et constata que tel pharmacien, sans sortir de son officine, avait pu faire toutes ses études à 150 kilomètres de l'école où il était inscrit. Comment avait-il pu assister aux travaux pratiques, remplir son stage ? Mystère. Mais ce qui était certain, c'est qu'il était devenu docteur, couronnant ses études d'une belle thèse de botanique.

Nous savons que d'autres pharmaciens, ceux-là de la marine de l'Etat, travaillent à bord des cuirassés à devenir médecins. Soyez persuadés qu'une fois l'âge de la retraite sonné, ils s'installeront gynécologues et accoucheurs.

Tout ceci, n'est-ce pas, est fort amusant, et à l'exemple de Beaumarchais, nous nous dépêchons d'en rire, pour ne pas avoir à en pleurer.

Il est un fait, c'est qu'à notre époque, avec quelque toupet et l'appui d'un politicien, le premier cancre venu peut en quelques mois acquérir sans frais un diplôme qui nous a demandé à tous de longues années d'études et des frais qui ont parfois lourdement obéré le budget de nos familles.

Aussi nous avons partagé la violente indignation de nos amis de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris et avons-nous compris l'unanimité avec laquelle tous les Etudiants de France ont répondu à son appel. Mais nous avons surtout admiré l'ironie de ce Ministre de l'Instruction publique, qui, renseigné à temps sur l'importance du mouvement protestataire de toutes les Universités de France, n'a pas craint de publier dans l'*Officiel*, le matin même du meeting des Etudiants de Paris, un décret l'obligeant, lui Ministre responsable de toutes ces fraudes et de tous ces abus, à exécuter désormais les règlements et à respecter la loi.

J. Noir.

lioma bénin durant des mo[...] gnant que fort tardivement le cæcum et les ganglions, mais d'une gravité évidente pourtant. Il y a donc lieu d'intervenir dans les cas d'appendicite chronique : le cancer de l'appendice, d'ailleurs, ne récidive pas après l'ablation.

Degré de fréquence de la phtisie pulmonaire dans ses rapports avec l'alcoolisme d'après les statistiques les plus récentes. — M. *Jacques Bertillon*, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, montre deux cartes de France relatives l'une à l'*alcoolisme*, l'autre à la *phtisie*. On voit, sur la première, que les départements du nord de la France boivent plus d'eau-de-vie (par tête d habitant) que ceux du centre et du midi. La limite de séparation est exactement la limite de culture de la vigne : « Le vin, dit M. Bertillon, est l'ennemi de l'eau-de-vie. » La carte relative à la phtisie peut se superposer à l'autre.

Election. — M. **de Fleury** est nommé associé libre par 51 voix sur 90 votants, contre 21 à M. ***Voisin***, 9 à M. ***Castex***, 6 à M. ***Capitan***, 2 à M. ***Valude***.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1909.

La bouche œsophagienne. — M. ***Demoulin***. — M. Rouvillois nous a envoyé l'observation d'un malade qui présentait une bouche œsophagienne extrêmement nette et que par l'œsophagoscope on pouvait voir se contracter et s'ouvrir.

Au-dessus de cette bouche, se trouve une dilatation de l'hypopharynx avec une sorte de diverticule. Il y a en outre un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, situé au-dessus de cette bouche œsophagienne, mais peu serré, et auquel il est difficile d'attribuer la formation du diverticule de l'hypopharynx.

Cette bouche de l'œsophage est due à un épaississement frondiforme du constricteur inférieur du pharynx, qui dans ce cas particulier était sans doute très développé (faisceau frondiformis).

M. Rouvillois s'est demandé si on ne pouvait rien faire à ce malade qui, chaque fois qu'il absorbe un bol alimentaire, conserve ce bol alimentaire 5 minutes environ dans cette poche de

REVUE DES JOURNAUX

Erreurs de pratiques de l'antisepsie et de l'asepsie.

Altérations de la peau.— Vous voyez tous les jours altérer d'une façon brutale et inutile l'épiderme et même le derme des sujets que l'on opère.

Pour pratiquer un nettoyage complet, l'action de la brosse sur la peau est absolument redoutable et elle constitue une faute capitale au gré du chirurgien antiseptique, mais qui devrait être plus capitale encore pour le chirurgien aseptique, puisqu'il professe que le sujet doit conserver tous ses moyens naturels de résistance aux microbes.

N'en ignorez pas les conséquences : regardez attentivement les sujets ainsi traités et vous verrez toujours une partie de réunion qui manque, un fil qui lâche, une plaie qui reste croûteuse indéfiniment. Cela vient du traumatisme inutile dont la région a été le siège de la part de ceux qui l'ont préparée. Je suis tellement convaincu de ces inconvénients que j'aime mieux, lorsque je ne suis pas parfaitement sûr de mon aide, que le sujet ne soit point préparé du tout.

Pourtant, cette manière de faire, vous l'observerez tous les jours et vous trouverez même des chirurgiens assez contents d'eux-mêmes pour se vanter de cette faute dont les conséquences ne sont pas douteuses.

Faute dans le lavage des mains.— Sans quitter le lavage des mains, je veux vous citer une autre faute grossière qui se commet tous les jours puisque, grâce à elle, dans l'immense majorité de nos services hospitaliers, il n'y a plus d'appareils qui permettent de se laver les mains convenablement.

Pour quiconque a étudié un peu sérieusement le mécanisme du lavage des mains, il est évident que les mains doivent *tremper* et que l'eau qui doit les laver doit être additionnée d'une substance, comme le savon, propre à dissoudre les graisses, le grand ennemi de la purification [illegible] fonctionnels, qui, par leur durée et parfois leur allure progressive, apportent au traumatisme un facteur d'aggravation souvent plus considérable et toujours plus onéreux que la lésion primitive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une campagne contre les abus universitaires.

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, secondée par l'Union des Syndicats médicaux de France, par le Comité de vigilance du Congrès des Praticiens et par l'unanimité des Associations d'Etudiants en médecine de France et d'Algérie, a entrepris une campagne énergique contre le favoritisme et les abus universitaires.

Ces abus ne datent pas d'hier et les protestations du Corps médical n'ont pas attendu jusqu'à ce jour pour se produire. Dès 1895, à la suite d'une manifestation des Etudiants en médecine de Montpellier, une campagne active fut menée par les Etudiants en médecine de Paris et l'Union des Syndicats médicaux contre les dispenses de baccalauréats et les équivalences de diplômes délivrés avec une déconcertante libéralité aux étudiants étrangers. La Presse s'intéressa à la question. Et le bruit qui se fit à ce sujet, un peu de tous côtés, trouva un écho au Parlement. A la séance du 9 juin 1896, M. Georges Berry, député de la Seine, posa une question au ministre de l'Instruction Publique, M. Alfred Rambaud, question que M. Lannelongue, se faisant l'interprète du Corps médical tout entier, transforma en interpellation. Nos confrères Pédebidou et Chapuis intervinrent dans le débat.

peut prendre impunément quinine et salicylate, mais telle autre est un peu scléreuse, ou a eu des otorrhées, taries actuellement, la quinine, le chloroforme, etc., lui laisseront de la surdité et des bourdonnements.

La conclusion, c'est que diverses substances, dont plusieurs médicamenteuses, sont des poisons de l'oreille. Dans notre pratique méfions-nous surtout de les employer quand l'oreille laisse voir des propathies quelconques. car elles sont un élément redoutable d'appel et d'aggravation. (Castex, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1909, p. 343.)

Les blessures temporales par balles de revolver.

Les malades atteints d'une plaie temporale par balle de revolver se présentent dans trois conditions : 1° dans un état de stertor, par suite de la compression cérébrale par un épanchement sanguin ; 2° avec des crises d'épilepsie jacksonienne. Un malade qui vient de se tirer un coup de revolver à la tempe entre à pied à l'hôpital. Le soir même, crise d'épilepsie jacksonienne débutant par la face et se propageant aux membres supérieur et inférieur. Jusqu'au lendemain, sept ou huit crises analogues durant chacune en moyenne quelques minutes. Un écoulement de matière cérébrale s'opérait en même temps par la plaie ; 3° les malades ne sont atteints ni de stertor ni d'épilepsie. En pareil cas, le diagnostic peut être difficile. Pour se renseigner, le médecin n'enfoncera pas le stylet qui peut entraîner des éléments septiques en profondeur, ou ne pénètre pas et peut induire en erreur en faisant croire à une absence de perforation. Ou l'usage du stylet est dangereux, ou il n'apprend rien. Il convient donc d'y renoncer. On pratiquera plutôt une ponction lombaire qui montrera la couleur rouge et sanguine du liquide écoulé. Si la ponction est négative, on ne conclura pas forcément à l'absence de pénétration. Celle-ci existera parfois sans déterminer aucune hémorragie.

Sans doute des malades guérissent sans intervention. Mais il est plus sûr de procéder à l'extraction du projectile. Trois éventualités en effet peuvent se produire qu'il convient mieux d'éviter : 1° ou il se montre des troubles nerveux paralytiques (monoplégies, hémiplégies), ou des troubles mentaux (mélancolie, manie, amnésie, délire nocturne). Tout cela guérit par l'extraction de la balle ; 2° des abcès tardifs se forment accompagnés de céphalée tenace, occipitale, de fièvre, de crises d'épilepsie ; 3° si la balle est tout d'abord tolérée, cette tolérance peut ne pas être prolongée et des abcès sont toujours à craindre.

On s'abstiendra seulement si la blessure est très ancienne, remonte à dix ou vingt ans, si le projectile s'est dissocié en de nombreux fragments, s'il occupe des sièges particulièrement dangereux (parties profondes, voisinage du bulbe). En pareil cas, mieux vaudra attendre simplement, sans rien tenter, la suite des événements. (Legueu, *Journal des praticiens*, 8 mai 1909, p. 295.)

Inconvénients et dangers des antipyrétiques chez les phtisiques.

Voici par exemple un phtisique à un degré plus ou moins accentué qui ne s'est arrêté dans ses occupations quelconques qu'à bout de forces et d'éreintement par la fièvre. Il a encore l'apparence résistante, mais ne mange plus, sue toutes les nuits, sinon le jour, ne dort plus, sans cesse en éveil par une toux incessante ; ses urines sont rares et affreuses, bilieuses ou non ; enfin il 38° le matin et 39° le soir environ.

Que l'on se garde bien de donner à ce malade un antithermique quelconque destiné à lui procurer le bénéfice d'un abaissement de fièvre ! Car tous ses organes sont encombrés et n'en peuvent plus. S'il vit encore, c'est que ses émonctoires se prêtent à une élimination relative des poisons qui infiltrent ses tissus. Et si on lui demande en ce moment de fournir à l'absorption et à l'élimination d'une drogue active, on s'expose à boucher d'un coup ces émonctoires. Toujours la goutte d'eau qui fait déborder le vase plein.

Avec nos idées déjà bien vieilles sur le surmenage chez les tuberculeux que nous considérons comme des *noli tangere* dans les cas intenses, nous n'avons jamais vu par nous-même l'accident se produire. Mais nous avons lu des relations bien suggestives de morts plus rapides dans pareilles circonstances, dans certain mémoire sur l'emploi d'un antipyrétique célèbre chez les phtisiques fébriles. Dans ces conditions, un malade peut être sidéré en 24 heures.

Il y a donc ici un danger véritable à considérer, mais que l'on peut prévoir et éviter en s'abstenant de toute intervention intempestive.

En réalité, les malades de ce genre, et ils ne sont pas rares, ne sont justiciables que d'un seul traitement, le repos au grand air ou tout au moins à la chambre avec fenêtre ouverte, avec une diète liquide ou demi-liquide composée d'aliments de toxicité minimum, diète capable de désencombrer les tissus, d'en opérer la lixiviation si les reins et les autres émonctoires sont capables de récupérer leur suffisance fonctionnelle.

Ce ne sont point des tuberculeux que l'on a à soigner, ce sont des empoisonnés par surmenage et il est aussi irrationnel de leur donner des drogues contre leur fièvre que de vouloir les soutenir avec des aliments reconstituants sous prétexte qu'ils sont tuberculeux.

Les effets de cette diète et du grand repos sont rapides autant que merveilleux. En 48 heures, le malade *s'est lavé* de tous ses poisons, ses urines s'éclaircissent et deviennent abondantes, son foie se rétracte, son teint s'éclaire, la fièvre tombe, au moins en grande partie, et au bout de quelques jours de calme général et de sommeil réparateur, il demande à manger. Alors on peut songer à lui instituer un régime alimentaire approprié à l'état de ses viscères, car en général il est devenu un tuberculeux vulgaire. (SABOURIN. *Journal des praticiens*, 15 mai 1909, p. 305.)

Procédé simple pour la recherche du sang dans les urines.

Préparation du réactif. — Le réactif est une solution alcaline de phénolphtaléine que chacun peut facilement préparer. On porte à l'ébullition dans un ballon un mélange de 2 grammes de phtaléiné du phénol, 20 grammes de potasse anhydre dissous dans 100 grammes d'eau distillée, et l'on ajoute 10 grammes de poudre de zinc impalpable. Le mélange, rouge au début de la réaction, se décolore progressivement, et lorsque la décoloration est complète, on filtre le liquide bouillant. L'ébullition doit être courte, quatre à cinq minutes en général, pendant lesquelles on agite le ballon ; dès que le liquide se décolore il faut se hâter de filtrer. Le réactif ainsi préparé se conserve pendant plusieurs mois, à la condition qu'il soit dans un flacon bien bouché.

Procédé de recherche. — Il est extrêmement simple, on verse dans un tube à essai 2 centimètres cubes de l'urine à éprouver, 1 centimètre cube de réactif, et on agite pour bien mélanger les deux liquides, on ajoute ensuite 3 à 10 gouttes d'eau oxygénée ordinaire à 12 volumes. Lorsque la réaction se produit, le liquide prend une coloration rouge fuchsine, plus ou moins intense suivant la quantité de sang contenue dans l'urine. La réaction se produit progressivement de quelques secondes a deux ou trois minutes après qu'on a versé l'eau oxygénée ; l'intensité de la coloration et la rapidité de son apparition sont en proportion de la quantité de sang contenu dans l'urine, cette réaction est très nette, très franche, et très sensible, et nos recherches nous permettent de dire qu'on la constate lorsque le sang se trouve dans l'urine dans la proportion de 1 pour 100,000. Non seulement nous avons pu produire la réaction avec des urines parfaitement jaunes et limpides, d'apparence normale, mais nous l'avons constatée même dans les cas où le microscope ne permettait de reconnaître dans l'urine centrifugée que de rares globules rouges. La réaction dont nous parlons est spécifique du sang ou de l'hémoglobine ; on la constate aussi bien dans les urines acides que dans celles qui sont alcalines, et même dans les urines purulentes ammoniacales, conservées depuis longtemps sans aucune précaution antiseptique. La spécificité de la réaction est démontrée, d'autre part, par ce fait qu'elle ne se produit pas dans l'urine lorsque celle-ci contient uniquement de l'albumine, du pus, du sucre, des pigments biliaires, ou des substances ajoutées à l'urine telles que le chloroforme ou le thymol ; elle n'est pas influencée par l'acide urique ou les urates ; elle ne se voit pas non plus dans les urines contenant de l'acétone, de l'indican, ni lorsque les malades ont absorbé des médicaments usuels, iodures, bromures, acide salicylique, morphine, phénacétine, urotropine. (ALBARRAN et HEITZ, BOYER, *Presse médicale*, 19 mai 1909.) Dr FRANÇIS.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 mai 1909.

Régularisation des excrétions par la d'Arsonvalisation. — M. ***Foveau de Courmelles***, en analysant les excrétions de malades divers, arthritiques, obèses, artério-scléreux, placés dans le solénoïde de haute fréquence, a observé qu'outre l'élimination constante de l'urée, il y avait augmentation de l'élimination de l'acide urique et des chlorures, diminution des phosphates, le tout évoluant vers la normale.

Flux hémorroïdaires déplétifs dans l'hypertension artérielle. — M. ***Doumer*** a constaté que dans la plupart des cas où le flux hémorroïdaire est symptomatique d'une hypertension artérielle exagérée, les résultats du traitement par la cage, toujours positifs, viennent donner une démonstration clinique très nette de l'action hypotensive de la d'Arsonvalisation. Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1909.

Sur l'appendicite chronique et le cancer de l'appendice.— M. *Richelot*. — L'appendicite peut faire partie d'un ensemble de symptômes très variables. Mais à côté des cas où elle ne constitue qu'un élément du syndrome, qu'on parle de *syndrome adénoïdien* ou de *diathèse d'auto-infection*, il est des cas multiples où elle constitue à vrai dire presque toute la maladie et où l'ablation de l'appendicite malade amène une guérison complète et définitive.

Les travaux de ces derniers mois ont enfin montré que l'appendicite chronique pouvait évoluer vers l'épithélioma, épithélioma bénin durant des mois, voire durant des années, n'atteignant que fort tardivement le cæcum et les ganglions, mais d'une gravité évidente pourtant. Il y a donc lieu d'intervenir dans les cas d'appendicite chronique : le cancer de l'appendice, d'ailleurs, ne récidive pas après l'ablation.

Degré de fréquence de la phtisie pulmonaire dans ses rapports avec l'alcoolisme d'après les statistiques les plus récentes. — M. ***Jacques Bertillon***, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, montre deux cartes de France relatives l'une à l'*alcoolisme*, l'autre à la *phtisie*. On voit, sur la première, que les départements du nord de la France boivent plus d'eau-de-vie (par tête d'habitant) que ceux du centre et du midi. La limite de séparation est exactement la limite de culture de la vigne : « Le vin, dit M. Bertillon, est l'ennemi de l'eau-de-vie. » La carte relative à la phtisie peut se superposer à l'autre.

Election. — M. ***de Fleury*** est nommé associé libre par 51 voix sur 90 votants, contre 21 à M. ***Voisin***, 9 à M. ***Castex***, 6 à M. ***Capitan***, 2 à M. ***Valude***. Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1909.

La bouche œsophagienne. — M. *Demoulin*. — M. Rouvillois nous a envoyé l'observation d'un malade qui présentait une bouche œsophagienne extrêmement nette et que par l'œsophagoscope on pouvait voir se contracter et s'ouvrir.

Au-dessus de cette bouche, se trouve une dilatation de l'hypopharynx avec une sorte de diverticule. Il y a en outre un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, situé au-dessus de cette bouche œsophagienne, mais peu serré, et auquel il est difficile d'attribuer la formation du diverticule de l'hypopharynx.

Cette bouche de l'œsophage est due à un épaississement frondiforme du constricteur inférieur du pharynx, qui dans ce cas particulier était sans doute très développé (faisceau frondiformis).

M. Rouvillois s'est demandé si on ne pouvait rien faire à ce malade qui, chaque fois qu'il absorbe un bol alimentaire, conserve ce bol alimentaire 5 minutes environ dans cette poche de

l'hypopharynx où il est brassé. Puis cet hypopharynx se contracte en même temps que la bouche s'ouvre.

La dilatation a donné quelques résultats. Mais je crois qu'il n'est pas possible de songer à un traitement opératoire.

La méthode de Bier dans le traitement des tumeurs blanches. — M. *Thierry*. — J'ai expérimenté cette méthode dans les tumeurs blanches ; mais dans peu de cas encore, et cela parce que les résultats m'en ont paru peu encourageants. Je n'ai jamais observé aucune amélioration. Au point de vue théorique, d'ailleurs, je crois que cette méthode est basée sur l'influence de l'hyperémie passive, laquelle me semble devoir être absolument inutile sinon peut-être dangereuse.

M. *Moty*. — Je crois que dans les tumeurs blanches chroniques la méthode ne donne aucun résultat. Cependant il ne faudrait pas l'abandonner tout à fait. Dans un cas d'allure rhumatismale, je fis mettre la bande. La douleur, très vive, diminua rapidement puis disparut. L'état général s'améliora et la malade après avoir fait un abcès peu important, qui s'ouvrit et se ferma tout seul, finit par guérir. Dans les cas aigus, il semble donc qu'on puisse avoir de bons résultats.

M. *Broca*. — Dans certains cas inflammatoires et douloureux peut-être, en effet, peut-on obtenir quelques petits résultats. Mais c'est peu de chose et je ne crois pas qu'il faille conserver ce procédé de traitement.

M. *Chaput*. — Quelques-uns de nos collègues en ont obtenu peu de résultats. Mais malgré cela je retrouve dans les observations citées un certain nombre de cas fistuleux dans lesquels il y a eu des succès. Je crois, comme M. Arrou, que c'est surtout dans ces cas qu'on peut obtenir de bons résultats et si cette remarque se confirme je crois que ce ne serait point là chose de peu d'importance.

Le traitement du cancer par la fulguration. — M. *Tuffier*. — J'ai déjà une certaine expérience de ce procédé de traitement. Avant d'appliquer cette méthode, j'ai étudié l'influence de la fulguration sur les tissus sains et sur les tissus malades.

Sur les tissus sains, la fulguration n'a aucune espèce d'action autre qu'une cautérisation simple. Donc la fulguration ne peut agir sur une tumeur à travers la peau.

Si la tumeur est ulcérée, il se produit une eschare, mais une eschare épaisse d'1 mm. 1/2 environ. Plus profondément il ne se produit rien d'apparent.

Les cellules cancéreuses ne sont pas touchées par la fulguration. Celle-ci n'agit que sur le tissu conjonctif interstitiel qui se transforme très rapidement en tissu fibreux et il en résulte une cicatrisation très rapide. La superficie seule est touchée. La thermothérapie donne les mêmes résultats. Et c'est là le secret des résultats obtenus. Mais si l'ulcération se cicatrise vite, la tumeur reste ce qu'elle était.

Quant aux résultats obtenus, je divise mes cas en 2 catégories. Les uns sont des cas chirurgicalement opérables. Les résultats que j'ai obtenus ne sont pas encourageants : les malades ont eu une infection grave qui a mis leurs jours en danger et je ne crois pas que le résultat ultérieur soit meilleur que si je n'avais fait qu'enlever la tumeur.

Les autres sont des cas non opérables. Je ne puis donner des conclusions, car il n'y a pas encore un temps suffisant écoulé depuis que les interventions ont été faites. Mais on ne doit pas espérer détruire la cellule cancéreuse elle-même. Seul le tissu fibreux se transforme.

M. *Guinard*. — Ce que je reproche à la fulguration, c'est qu'elle encourage à être sale — et à être économe, à suivre de près les limites de la tumeur. Et c'est là un double danger contre lesquels il faut réagir.

M. *Thierry*. — Je ne suis dès l'abord défié de cette méthode. Je ne l'ai employée que 3 fois. Un vieillard de 72 ans avait un néoplasme limité du rectum, près de l'anus. Il fut enlevé et fulguré.

Le malade succomba à une pneumonie. Mais il avait une récidive qui commençait à se montrer.

Un autre cas de néoplasme vésical a donné un bon résultat. Mais un autre malade semblable, non fulguré, va tout aussi bien.

Un néoplasme du cou enlevé largement a été fulguré longuement. Le malade n'a pas cicatrisé vite comme je l'espérais. Mais il est devenu sourd pendant 2 mois. La maladie a récidivé. On a de nouveau fulguré sans obtenir un résultat meilleur.

M. *Legueu*. — Je crois que la fulguration n'a aucune action sur les cellules cancéreuses.

Les faits sans récidive n'ont aucune valeur étant donné qu'ils sont très récents. Mais il y a un grand nombre de cas dans lesquels la récidive s'est faite très rapidement et j'en ai observé plusieurs.

Je tiens en outre à faire ressortir les dangers de la méthode qui peut vous mettre en mauvaise position vis-à-vis des familles. Une jeune fille de 18 ans avait un sarcome du radius. Il eût fallu amputer le bras. J'ai fait appel au fulgurateur. Nous avons curetté la tumeur et elle a été fulgurée. Cette jeune fille avait un peu d'albumine il faut le dire. La malade mourait 12 heures après dans une torpeur complète. La plaie n'avait pas du tout donné de lymphorrhée. Et je ne crois pas qu'on puisse attribuer cette mort à l'infection, mais bien à la fulguration.

M. *Marion*. — Je vous ai montré un malade atteint de grosse tumeur de la vessie. Il fut fulguré et guérit admirablement. Il eut de petites récidives, mais pas au niveau de la cicatrice, placée sur le col et à son entour. Toutes étaient sur le dôme vésical. Je l'ai réopéré et il est en voie de guérison.

J'ai actuellement fulguré 7 vessies. Et sur les 7, un seul a succombé. Il ne faut donc pas s'en exagérer la gravité si elle est pratiquée d'une façon aseptique. Dans ces cas je crois même qu'on peut fermer les plaies par 1re intention et on n'a pas ce suintement énorme qui a été décrit.

Présentation de malades. — M. *Routier* présente une malade guérie par les douches d'air chaud d'un moignon douloureux, éléphantiasique et couvert d'ulcérations.

M. *Morestin* présente une malade qui avait reçu 2 coups de couteau dans la nuque et qui eut de l'emphysème et des crachements de sang.

L'un des coups de couteau avait passé entre les racines du plexus brachial, près de la carotide, et perforé le corps thyroïde et le pharynx. La malade a guéri rapidement après suture du pharynx — et un malade qui avait reçu un coup de couteau dans le mollet siège d'hémorragies successives, et qui amena un anévrysme diffus.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1909.

Hémisporose de la verge. — *De Beurmann, Clair* et *Gougerot*. — D'après les recherches sur la sporotrichose, on s'est occupé beaucoup des mycoses, et c'est ainsi que l'hémisporose et la discomycose ont été découvertes. M. Ravaut a signalé dernièrement un cas de discomycose. Les auteurs rapportent un nouveau cas d'hémisporose, le troisième. Il s'agit d'un nègre employé sur un paquebot, qui était porteur d'une gomme de la verge de la grosseur d'un œuf. Le liquide de la tumeur ensemencé donna une culture pure de l'*hemispora stellata*, champignon découvert par Vuillemin, de Nancy.

Méningite cérébrospinale épidémique compliquée d'hémiplégie, traitée successivement par l'électrargol et le sérum de Dopter. — MM. *Castaigne* et *Rivet* présentent le malade, âgé de 17 ans, entré à l'hôpital pour une M. cérébrospinale typique. Traitement : bains chauds, électrargol intra-musculaire et intra rachidien. Amélioration graduelle, quand le 5e jour, les signes méningés s'aggravèrent, l'état général devint mauvais et des oscillations thermiques d'amplitude croissante apparurent. On continua le traitement à l'électrargol, puis le 21e jour on fit des injections intrarachidiennes de sérum anti-méningococcique de Dopter (140 cc. ou sept injections et en huit jours). La fièvre disparut, le malade guérit. Mais, au moment où l'on commença les injections de sérum, était apparue une hémiplégie gauche et actuellement encore persiste une contracture très prononcée. Ces complications seront probablement plus rares, quand on instituera le traitement sérothérapique dès le début de la maladie. L'examen du liquide céphalorachidien avait permis de constater au début une polynucléose, remplacée ensuite par une lymphocytose.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 mai 1909

Nouvelle note sur une malade atteinte d'acné cornée végétante. — MM. *Hallopeau* et *François-Dainville*. — Cette malade présente comme phénomènes particuliers l'apparition d'un lupus au visage et d'un favus qui intéresse à un haut degré le cuir chevelu et les ongles des doigts. Les auteurs insistent particulièrement sur les comédons de la région temporale ; on trouve tous les intermédiaires entre ces lésions et les papules hypertrophiques avec dépressions médianes et comédons qui caractérisent la maladie. Il s'agit d'un trouble dans l'excrétion des matières grasses, avec prolifération secondaire des tissus épidermiques ; ce n'est que l'exagération de ce qui se produit dans l'acné vulgaire.

Sur un lichen de Wilson localisé, consécutif à des applications de pointes de feu. — MM. *Hallopeau* et *François Dainville*. — L'influence du traumatisme sur la localisation de cette maladie a été souvent signalée, mais non sous cette forme spéciale. L'aspect des lésions limitées en séries linéaires autour du genou gauche est des plus frappant. Il semble bien que les applications de pointes de feu ont été le point de départ de l'affection qui, depuis, s'est localisée dans d'autres régions. Il est impossible de déterminer si les pointes de feu ont agi en ouvrant une porte d'entrée à des microbes ambiants ou en déterminant, par l'action trophoneurotique une réaction spéciale des téguments.

Hydradénome de l'épaule. — MM. *Danlos* et *Lévy-Frankel*. — Il s agit d'une jeune fille présentant depuis plusieurs années des lésions papuleuses de l'épaule. Les papules sont variables comme dimension, douces et mollasses au toucher, tantôt isolées, tantôt confluentes. La malade n'accuse aucun prurit. Il s'agit peut-être d'un nævus apparu tardivement, mais plutôt d'un hydradénome. L'examen histologique sera pratiqué.

Tuberculose verruqueuse de la langue. — Le malade porteur de cette lésion, avait été présenté dans la séance précédente par MM. Danlos et Lévy Frankel, M. Darier, après examen des préparations histologiques, admet le diagnostic de tuberculose verruqueuse de la langue, lésion excessivement rare. Nous rappelons que cette lésion avait toutes les apparences cliniques d'un épithélioma.

Dermatose ulcéro-serpigineuse à foyers multiples. simulant les dermatites à protozoaires (coccidiennes). — MM. *Brocq*, *L. M. Pautrier* et *P Fernet*. — Le malade, âgé de 62 ans, présente, depuis 7 mois, disséminés surtout le corps, des éléments papulo-vésiculeux qui rappellent des éléments de bromisme évoluent avec une très grande rapidité, s'élargissent en s'entourant d'un halo inflammatoire, peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de deux francs, s'ulcèrent en deux ou trois jours, laissant écouler un pus épais blanchâtre, s'escarrifient dans le fond et donnent lieu à une plaie profonde qui se cicatrise très lentement.

Plusieurs de ces éléments fusionnent par une sorte de phagédénisme superficiel et peuvent arriver à former des plaies ayant les dimensions de la paume de la main. Les cicatrices consécutives sont, soit atrophiques et déprimées, soit chéloïdiennes.

L'aspect clinique des éléments éruptifs ayant toujours été le même et vraiment spécial, leur évolution étant toujours identique, il est permis d'affirmer qu'il s'agit d'un type clinique particulier, nettement défini au point de vue objectif.

On ne trouve, en ce moment, sur le malade, que deux éléments en activité dans la région dorsale, mais on peut voir les nombreuses cicatrices laissées par les lésions antérieures.

L'histologie montre des lésions analogues à celles de l'inflammation aiguë. La bactériologie n'a jamais permis de déceler que du staphylocoque.

La sporotrichose peut être écartée, toutes les nombreuses cultures qui ont été faites étant restées négatives. Le diagnostic reste hésitant entre une staphylococcie généralisée, à lésions non encore décrites et certaines formes de blastomycose avec lesquelles le cas offre les plus grandes analogies cliniques.

Prurigo avec alternance de poussées congestives du côté de l'appareil respiratoire. — *M. L-M. Pautrier*. — Le malade, âgé de 26 ans, a présenté jusqu'à l'âge de 12 ans des laryngites et des bronchites répétées.

A 12 ans, apparition du prurigo et guérison des bronchites.

Depuis l'âge de 14 ans jusqu'à aujourd'hui, chaque guérison du prurigo et de l'eczéma, qui s'y est surajouté, est régulièrement suivie, au bout de quelques jours, d'une crise d'asthme, de bronchite et de crachats hémoptoïques.

Le malade en est arrivé à entretenir partiellement ses lésions sur les bras pour ne pas avoir de complications pulmonaires.

On trouve aujourd'hui une poussée généralisée de prurigo avec eczématisation surajoutée et lichénification ; celle-ci forme par places (cuisses) des éléments papuleux volumineux. L'état pulmonaire est par contre satisfaisant.

A l'occasion de cette communication, MM. Gaucher, Brocq et Baudoin signalent la fréquence des alternances morbides, qui, quoique niées par quelques auteurs, n'existent pas moins d'une façon indiscutable.

Parapsoriasis en gouttes à squames adhérentes, et à éléments minuscules. — *M. L.-M. Pautrier* présente une jeune fille de 22 ans, atteinte d'une éruption, généralisée à tout le tégument, d'éléments minuscules, remarquablement abondants, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, représentés par de petites papules rosées, recouvertes d'une minuscule squame adhérente.

L'intérêt de cette observation réside dans l'abondance et les petites dimensions des éléments qui, au début, sur certains points, faisaient penser à du lichen plan.

L'affection date de six ans ; elle a été modifiée ces temps-ci par le glycérolé cadique fort et des pommades à l'acide pyrogallique.

M. Milian, qui a examiné cette malade, discute la nature bacillaire de cette affection, d'autant plus que cette jeune fille présente au sommet droit des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire au début.

Sclérodermie en plaques disséminées, sans infiltration : fait de passage vers les atrophies cutanées. — *M. M. Brocq* et *P. Fernet*. — Homme de 19 ans, atteint de l'affection actuelle depuis un an.

Début au niveau de l'appendice xiphoïde, puis généralisation sur la partie supérieure du corps.

Les plaques sont caractérisées par leur blancheur nacrée, le lilas ring et ne présentent pas la moindre infiltration des téguments.

Kéloïde consécutive à une auto-inculation de chancre simple. — *M. Queyrat* présente un malade portant au niveau du bras une vaste cicatrice chéloïdienne consécutive à une auto-intoxication de chancre simple.

Lichen scrofulosorum. — *MM. Balzer et Sévestre* présentent un malade porteur d'une éruption remarquablement généralisée de lichen scrofulosorum.

P. Fernet.

CORRESPONDANCE

A propos du privat-docentisme (1).

Si, par suite d'événements indépendants de ma volonté, il ne m'a pas été possible de répondre plus tôt aux assertions qui me visent dans l'article de Trissotin publié dans le n° 15 du *Progrès Médical*, il n'en est pas moins vrai que j'ai le devoir de relever quelques erreurs placées dans la bouche du Dr Cruchet ; et je compte sur l'impartialité habituelle du *Progrès Médical* pour insérer les réflexions qui suivent :

Trissotin rapporte en son article que « le Dr Cruchet, qui a « publié une enquête personnelle, reproduit ses principaux « arguments et ajoute qu'une contre-enquête faite par les soins « du Dr Leredde, est, pour lui, dénuée de toute valeur. On a en « effet demandé leur avis aux professeurs titulaires, lesquels, vi- « vant du privatdocentisme, ne peuvent que le trouver parfait ; « quant aux quelques privats-docents qui ont répondu, la plupart,

(1) Cette lettre, que nous insérons par devoir professionnel, est relative à un compte-rendu de conférence paru le 10 avril dernier. Nous l'avons au préalable communiquée à notre collaborateur et correspondant, M. René Cruchet, dont les déclarations à ce sujet paraîtront, faute de place aujourd'hui, dans notre prochain numéro. Après quoi nous considérerons comme close la correspondance sur ce même sujet. (N. D. L. R.).

« en habiles, sachant que leurs noms seraient publiés, ont eu la « courtisannerie de louer un système qui, en flattant l'amour-« propre de leurs maîtres, les disposeront un peu mieux en leur « faveur ; quelques-uns cependant, — minorité infime, qui s'en « étonnerait ? — ont convenu que le système était mauvais : et « cela doit suffire pour le condamner irrémédiablement. »

Comme vous y allez, Dr Cruchet ! C'est à croire en vérité que vous n'avez jamais lu l'enquête de l'*Enseignement médico-mutuel international* ? Sans doute, n'en avez-vous ouï dire la première fois qu'à la conférence même de Sorel ; et, vu l'urgence de répondre, vous l'aurez naturellement jugée sans la connaître ; sans doute, Sorel ayant, depuis, indiqué par la voie du journal où Bordeaux pourrait se la procurer, l'avez-vous alors étudiée.

Le malheur est — tout le monde se trompe — que faute de connaître..... l'objet de son ressentiment, M. Cruchet s'est imaginé toutes sortes de choses qui ont engendré, c'était inévitable, autant d'erreurs à mon sujet : il convient donc, dans l'intérêt des lecteurs du *Progrès Médical*, que soient réctifiées ces inexactudes.

Tout d'abord, *l'enquête* que j'ai faite et donnée ensuite à mon journal, *n'est pas une contre-enquête*, comme le déclare M. Cruchet. A l'époque où je l'ai faite, l'honorable médecin bordelais n'avait pas encore publié son article sur la *Kollegiengeld* paru seulement le 19 septembre 1908, — alors que j'ai enquêté au mois d'août — et d'ailleurs d'une portée très spéciale, n'ayant aucun point commun avec mon travail, visant une idée d'ensemble, un principe.

Mon enquête aussi *est un travail personnel*, aussi personnel qu'a pu l'être celui du Dr Cruchet, travail pour lequel j'ai frappé aux portes de mes amis et correspondants personnels. Comme je l'ai écrit dans l'introduction, j'ai fait cette enquête avec la plus grande impartialité, *sans viser personne, avec l'unique souci de la recherche de la vérité. Ce n'est pas M. Leredde*, comme le prétend M. Cruchet, *qui m'a dicté ni inspiré cette enquête* ; je n'ai pas l'habitude de prendre de mot d'ordre auprès de personne ; je dis ce que j'ai à dire et fais ce que j'estime utile et bon de faire, sans m'occuper de savoir si je plais ou déplais à M. Leredde ou à M. Bouchard, sans chercher l'inspiration au Comité de vigilance ou à la Faculté, sans quémander pour ma route un passeport timbré avec lettre de cachet, battant blason de Leredde.... ou du Dr Cruchet. J'ai fait l'enquête sur le privat-docentisme pour renseigner mes lecteurs ; étudiant la question, je la poursuis encore ; je ne reconnais pas à qui ne connaît ni le travail, ni l'auteur, le droit de juger « *dénuée de toute valeur* » une enquête dont la conclusion n'est pas encore parue, par suite qu'il déclare tendancieuse dans l'ignorance totale de la position que j'ai pu prendre à ce sujet.

Dénuée de toute valeur, parce que, avance M. Cruchet : *les correspondants « savaient que leurs noms seraient publiés ». Rien n'est plus faux* : j'ai pris des renseignements personnels, mes correspondants n'ont su, qu'après m'avoir écrit, que leurs réponses seraient publiées : ils ont écrit à cœur ouvert, leurs déclarations représentent vraiment la réalité de leurs idées, l'essence de leur propre opinion. Et la preuve même de mon impartialité est reconnue par M. Cruchet quand il remarque que quelques uns ont déclaré que le système avait des défauts auxquels il fallait porter remède.

Je ne veux pas d'ailleurs discuter ici sur le principe ; il suffit de lire les lettres que j'ai publiées déjà pour se faire une opinion, du moins sur les points qui ont fait l'objet de mon enquête. Il m'appartenait seulement ici de redresser des erreurs commises, involontairement d'ailleurs, j'en suis bien persuadé.

J'ai donc fini, renvoyant à mon journal pour la suite et les conclusions finales que je dois à mes lecteurs. Cependant, puisque j'ai publié les opinions de mes amis d'Allemagne, je me sens obligé de répondre aussi à l'opinion, qui tombe d'elle-même puisque sa cause n'est plus, émise par le Dr Cruchet, opinion véritablement admirable en soi, et de laquelle en réalité il ne résulte rien autre que nul ne pourra jamais savoir la vérité sur la question du privat-docentisme : en effet, ses correspondants à lui, que d'ailleurs il ne nous cite pas, étant du même pays doivent avoir probablement le même moral que les nôtres ; et puisqu'il proclame que ceux qui nous ont répondu ne l'ont fait que pour lécher des bottes, alors comment conclure ?

J'avoue que le fait est bien embarrassant, ce geste délicat étant, comme chacun sait, tout à fait inconnu depuis longtemps dans nos mœurs françaises ! — Ce n'est pas moi qui vais le remettre en honneur pour résoudre la grande énigme qu'a, *sans le vouloir assurément*, posée M. Cruchet : si les correspondants d'Outre-Rhin maquillent si bien leur opinion, comment diable le prof. Bouchard a-t-il pu découvrir la pensée réelle de la patrie de Langenbeck et de Bergmann, sur quelle preuve a-t-il pu proclamer la grande vérité : « l'Allemagne ne veut plus du privat-docentisme » ?

Etienne Bazot.
Rédacteur en chef de l'*Enseignement médico-mutuel International*.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Paris, les 10, 11, 12 et 13 mai 1909

Président : M. Lavrand (de Lille)

Surdité et obstruction nasale, par M. ***Brindel*** (de Bordeaux).— La surdité est souvent sous la dépendance d'une obstruction nasale, c'est là une observation de clinique courante; mais si la surdité est unilatérale, elle correspond à une obstruction nasale également unilatérale, et il suffit d'une cautérisation galvanique, d'une éperotomie ou d'une conchotomie pour la guérir, ou, en tout cas, pour l'améliorer.

Sarcome de la fosse nasale ; opération de Moure ; guérison, par M. ***Furet*** (de Paris). — Chez une femme de 38 ans, atteinte d'un sarcome fasciculé de la fosse nasale, Furet a pratiqué avec succès l'opération de Moure parce que l'extraction était impossible par les voies naturelles : le résultat esthétique a été parfait.

M. Escat a eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois avec succès cette opération bien réglée ; notamment chez un enfant de 9 ans ; il distingue, pour sa part, deux sortes de sarcomes ; les uns ont une allure certainement bénigne et un accroissement lent ; les autres sont insidieux, sournois et produisent de véritables désastres ; témoin le cas d'un jeune homme de 30 ans qui mourut subitement, sans avoir souffert de son nez et sans avoir présenté de symptômes graves, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, un sarcome ayant envahi tout le lobe frontal gauche.

M. Jacques croit que les sarcomes qui ne récidivent pas sont simplement des tumeurs inflammatoires.

M. Guisez signale de même un cas de lupus pris pour un sarcome.

. **Tumeurs tuberculeuses des fosses nasales**, par M. ***Chavanne*** (de Lyon). — L'auteur croit que toutes les tumeurs décrites sous le nom de tuberculose des fosses nasales ne sont que des variétés de lupus.

M. Escat considère que ce qui différencie la tuberculose du lupus des fosses nasales est l'érosion de la muqueuse.

M. ***Moure*** pense qu'il y a peut être lieu de revenir à ce que Ricord appelait le scrofulate de vérole ; beaucoup de tumeurs des fosses nasales étant des tumeurs mixtes guérissant par le traitement hydrargyro ioduré.

Cure radicale des sinusites maxillaires chroniques par voie nasale, par M. ***Mahu*** (de Paris). — Ce procédé consiste essentiellement à trépaner largement la cloison sinuso-nasale à l'aide de la cisaille perforatrice et à cureter la cavité avec des curettes à tiges longues et malléables.

Opération des sinusites maxillaires par voie nasale, par M. ***Vacher*** (d'Orléans). — M. Vacher agrandit en premier lieu l'échancrure nasale et, s'aidant d'un très large spéculum d'oreille, incise la muqueuse sur le rebord osseux ; puis il attaque la paroi interne avec un gros trocart et enlève toute la paroi au ras du plancher ; enfin il régularise les bords à la pince coupante ; par cet orifice le malade peut se drainer et s'irriguer le sinus; l'opération est facile et donne de bons résultats.

M. ***Furet*** est étonné qu'on ne s'accorde pas sur l'excellence du traitement par les lavages diaméatiques.

M. ***Escat*** préfère le procédé de Claoué, simple et facile, qui lui a permis depuis 6 ans de ne plus faire de Caldwell-Luc, sur plus de 40 cas.

M. *Lermoyez* conseille de faire d'abord des lavages, une quinzaine environ ; si ceux-ci ne suffisent pas, il faut tenter une opération de Claoué ; si enfin celle-ci échoue, il reste le Caldwell-Luc ; en procédant ainsi, par étapes successives, on ménage le malade et on le met dans les meilleures conditions possibles pour guérir. Le point important de toutes ces interventions consiste surtout à assurer un drainage parfait ou du moins aussi parfait que possible.

M. *Guisez* pense que le Caldwell-Luc est une opération relativement simple, peu hémorragipare et qu'il a vu faire facilement avec la seule anesthésie cocaïnique.

M. *Moure*, de son côté, ne croit pas qu'on puisse s'en passer dans tous les cas, surtout dans certaines formes de sinusites kystiques.

M. *Garel*, au contraire, est heureux de rencontrer plusieurs collègues temporisateurs comme lui, et il conclut, avec Furet, que les lavages constituent un excellent moyen de traitement.

Corps étrangers de l'œsophage, par M. ***E. J. Moure*** (de Bordeaux).— Il peut sembler extraordinaire qu'à l'époque où nous vivons, c'est-à-dire dans une période où il nous est facile de voir dans l'œsophage, il puisse encore exister des cas de corps étrangers qui soient susceptibles de résister à cette instrumentation moderne. Cependant, déjà deux fois, *Moure* s'est vu dans la nécessité d'abandonner le tube œsophagocopique pour prendre dans un cas, le crochet de *Kirmisson* (il s'agissait d'un sou enclavé à l'entrée de l œsophage d'un jeune enfant). Dans le second cas, un enfant encore, âgé de 3 ans 1/2, était porteur d'une ancre métallique tellement enclavée dans la paroi du conduit œsophagien, depuis 3 semaines du reste, que toute tentative œsophagoscopique fut jugée dangereuse après essai et qu'il fallut recourir à l'œsophagoscotomie externe. Même à l'aide de cette opération, qui permettait d'avoir le corps étranger sous l'œil et sous le doigt, l'extirpation fut difficile, l'œsophage, friable, étant déjà déchiré en plusieurs points.

Les suites opératoires furent du reste normales. L'enfant, opéré depuis déjà plusieurs mois, déglutit admirablement bien solides et liquides, ayant oublié déjà son petit accident.

Contribution à l'œsophagoscopie, par M. *Sargnon* (de Lyon). — L'auteur propose, dans la cure des sténoses cicatricielles thoraciques infranchissables, l'œsophacoscopie rétrograde et l'œsophacoscopie après œsophagostomie cervicale basse.

Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison, par M. *Mermod* (de Lausanne).— Cette opération est plus difficile lorsqu'on a essayé auparavant quelque intervention palliative ; de plus elle provoque quelquefois une perforation de la cloison, qui s'agrandit par la suite et donne lieu à la formation de croûtes fétides ; parfois aussi, il se produit un accollement post-opératoire de la cloison mobile et de la paroi nasale externe : c'est toutefois une excellente opération bien réglée et donnant souvent de très bons résultats.

Traitement des malformations de la cloison par le procédé sous-muqueux, par MM. *Rouvillois* et *Sieur* (de Paris).—Dans tous les cas de malformation de la cloison, les auteurs opèrent systématiquement par voie sous-muqueuse, car c'est, d'après eux, le seul procédé permettant de ménager la muqueuse nasale et donnant la certitude d'enlever, sous le contrôle de la vue, tout ce qu'il est nécessaire d'enlever : on peut ainsi opérer largement, sans sacrifice inutile et on a des résultats complets et définitifs.

Molinié, *Gault* et *Mouret* ont vu quelquefois, après cette opération, un léger abaissement de la pointe du nez (complication insignifiante, mais qui ne se produit pas si on conserve contre la sous-cloison 1 ou 2 millimètres de cartilage triangulaire) et *Jacques* a vu des accidents suppuratifs de la cavité opératoire.

Prothèse immédiate de la symphyse palato-pharyngienne, par M. *Kœnig* (de Paris).— Après la suture, M. Kœnig a fait mettre en place un appareil prothétique très léger et très ingénieux construit par M. Delair.

Pathogénie et traitement de l'ozène, par M. *Lavrand* (de Lille) —Dans tous les cas d'ozène, examinés systématiquement depuis 3 ou 4 ans (plus de 80 observations) il y avait de l'ethmoïdite et tous les malades ont guéri après un curetage de l'ethmoïde. M. Lavrand se demande si, à l'origine de l'ozène, il n'y aurait pas une ostéite ethmoïdale nécrosante, ne formant pas des séquestres.

M. *Brœckaert* place le début de l'ozène dans l'étage inférieur du nez ; il croit à une concomitance simple des lésions ethmoïdales et il fait de l'ozène une toxi-infection de nature variable.

M. *Brindel* affirme à nouveau l'excellence des injections de paraffine ; mais tous les malades ne sont pas paraffinables et il y a des muqueuses tellement atrophiées qu'elle ne veulent pas admettre la paraffine ; il pense que l'ethmoïdite, comme la sinusite maxillaire, est une lésion concomitante.

M. *Cauzard* n'a jamais trouvé d'ethmoïdite, au moins chez l'enfant ; la pathogénie de l'ozène est d'ailleurs encore à faire et son étiologie canine n'est rien moins que démontrée.

M. *Luc* rappelle les travaux de Perez (de Buenos-Ayres), qui a prouvé l'origine parasitaire de cette affection : pour lui, d'ailleurs, traiter l'ozène par les injections de paraffine n'est pas soigner la maladie, c'est simplement faire disparaître un symptôme ; il croit donc à l'avenir d'une médication bactéricide ou antitoxique.

M. *Jacques* a soutenu autrefois la théorie sinusale de l'ozène ; il l'a abandonnée depuis longtemps, devant l'évidence des faits.

Polypes kystiques des fosses nasales, par M. *Viollet* (de Paris). — Ce sont des tumeurs kystiques ayant récidivé jusqu'à 5 fois, donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants et paraissant, de par leur structure, avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire.

MM. *Escat*, *Noquet* et *Luc* sont d'accord, pour empêcher la récidive, de les opérer très soigneusement, et *Sieur*, dans ses recherches anatomiques, a trouvé souvent, dans les sinus maxillaires, des polypes en voie d'évolution.

Ulcère streptococcique du voile, par M. *Jacques* (de Nancy). — Chez un homme de 38 ans l'auteur a trouvé, au dessus du bord libre du voile, une ulcération auréolée de rouge vermillon, n'ayant ni les bords décollés, ni les bords en talus, à fond ni bourbillonneux, ni creusé, de la grandeur d'une pièce d'un franc. Il en fit une sporotrichose probable, mais l'examen histologique montra, en culture pure des streptocoques encapsulés, décrits par Klava, sous le nom de *Leuconostoc hominis*.

Méfaits des amygdales enchatonnées chez l'adulte, par M. *Trétrop* (d'Anvers). Pour l'auteur, l enchatonnement des amygdales, non seulement retentit sur la respiration, mais encore amène des troubles circulatoires congestifs et des modifications anormales du côté des voies respiratoires, toux, expectoration et diminution du murmure vésiculaire. Il faut les opérer au ciseau amygdalien ou à l'anse froide.

Calculs du canal de Warthon, par M. ***A. Malherbe*** (de Paris). — Observation d'un malade opéré pour une inflammation aiguë à répétition de la bourse séreuse sublinguale, consécutive à la présence de deux calculs du canal de Warthon. Anesthésie générale, incision et excision de la muqueuse sublinguale, ouverture du canal et extraction de deux calculs, qui avaient donné lieu à de véritables coliques salivaires.

Forme aiguë des sinusites, par *Rivière* (de Lyon). — L'auteur relate deux cas « foudroyants » de sinusite frontale, chez d'anciens porteurs de sinusites chroniques, survenus par un voyage en automobile et par une séance de patinage et il insiste sur les sinusites aiguës de la grippe ; au point de vue du diagnotic, il signale l'œdème de la luette et du voile et l'encombrement du rhino-pharynx par du muco-pus.

Rapport sur les œdèmes du larynx, par M. ***Bourgeois*** et ***L. Egger*** (de Paris). Voir ce rapport, *Progrès Médical*, 1909, nº 10.

Discussion. — M. *Garel* préfère désormais l'adrénaline à l'iode pour réduire les œdèmes du larynx.

M. *Trétrop* utilise avec avantage une solution glycérinée d'iode ; il a vu un œdème aigu à la suite d'une dose forte d'iodure.

M. *Bonain* regrette qu'on n'utilise pas plus souvent l'intubation.

M. *Moure* signale l'œdème qui accompagne la laryngite ulcéro-membraneuse, laryngite superposable à l'angine de Vincent, l'œdème de la lèpre laryngée, l'œdème consécutif à l'abcès péri-amydalien inférieur, les œdèmes par cocaïnisation, par adrénalisation, par présence de corps étrangers. Au point de vue de traitement de l'œdème suraigu, il préconise une incision, ou plutôt un coup de pince sur le bourrelet d'œdème.

(*Suite et fin au prochain numéro.*) Dr Salamo (de Paris)

ACADÉMIE DE MÉDECINE



Le professeur E. BRISSAUD

Elu membre titulaire le 18 mai 1909.

Le professeur E. Brissaud vient d'être élu Membre de l'Académie de Médecine. Nous devons au moins consacrer quelques lignes à un membre éminent du Comité du patronage du *Progrès médical*, membre qui d'ailleurs a bien d'autres titres pour mériter nos bien sincères hommages.

Le prof. Brissaud est une des figures les plus sympathiques du corps enseignant de la Faculté de Médecine de Paris. Né en 1852, à Besançon, d'une famille d'universitaires, le Dr Brissaud fut successivement l'élève de Lannelongue, Millard, Broca, Fournier, Lasègue, Jaccoud, Gombault et surtout de Charcot dont il fut le préparateur au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté et dont il devait être, à l'Ecole de la Salpêtrière, un des collaborateurs les plus brillants.

Les travaux scientifiques de M. Brissaud sont innombrables et portent pour la plupart sur la neurologie, jusque et y compris la *sinistrose*. Il est aussi un fin lettré et un artiste doué d'un esprit primesautier des plus attrayants. On connaît ses articles dans la *Nouvelle Revue*, sa *Maladie de Scarron*, son *Histoire des expressions populaires relatives à la médecine*, sans omettre la *guérison des écrouelles par les Rois de France*, la *Mort de Charles de Guyenne*, l'*Infirmité du conventionnel Couthon*. Aussi aurait-on pu croire que M. Brissaud, d'abord nommé Professeur d'Histoire de la Médecine, serait resté fidèle à cette chaire. Mais l'exemple avait été donné : M. Brissaud a filé comme les autres, il a bien fait. Nous le trouvons aujourd'hui : médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur de pathologie interne, membre de l'Académie de Médecine. Ne nous plaignons donc pas, mais réjouissons-nous.

ANALYSES

Un tabès accompagné d'amyotrophie dans le territoire des nerfs craniens, par MM. Souques et H. Chéné (1) *Revue neurologique*, 15 mars 1909, p. 249.

Les auteurs ont rapporté l'histoire d'un tabès accompagné d'amyotrophie dans le territoire des nerfs craniens, ce qui est un fait rare, surtout pour la branche motrice du trijumeau et de la branche externe du spinal, et davantage encore pour le plexus brachial dont ce cas est l'unique connu.

Tous les muscles innervés par la branche motrice du trijumeau étaient atrophiés : temporaux, masséters, ptérygoïdiens, mylohyoïdiens. La branche sensitive paraissait indemne, mais la bilatéralité des lésions rendait difficile la constatation d'une hypoesthésie.

Il était difficile de constater la participation du glosso-pharyngien ; le pneumogastrique, au contraire, était nettement atteint ; il y avait un certain degré de gêne respiratoire, une accélération notable et constante du pouls, paralysie de la corde vocale gauche, hémiparésie du voile du même côté. La branche externe du spinal manifestait sa paralysie par l'atrophie du trapèze et du sterno-mastoïdien, l'hypoglosse par l'hémi-atrophie commençante de la langue.

Enfin, l'altération des racines inférieures du plexus brachial se manifestait par une paralysie radiculaire incomplète qui s'accompagnait du syndrome oculo-pupillaire, ce syndrome présentait un phénomène exceptionnel : la mydriase, imputable ici au signe d'Argyll Robertson concomitant.

En ne tenant compte que des troubles bulbaires proprement dits, on trouve dans ce cas un *syndrome de Jackson complet* : atrophie unilatérale et homologue du voile du palais, de la corde vocale, de la langue, du trapèze et du sterno-mastoïdien. Dans le syndrome de Jackson incomplet, le sterno-mastoïdien et le trapèze ne sont pas touchés. Souques et Chéné font remarquer que le syndrome de *Schmidt* : voile, corde vocale, sterno-mastoïdien, trapèze, et le syndrome d'*Avellis* : voile et corde vocale, sont implicitement compris dans le syndrome de Jackson.

Jusqu'ici, l'autopsie des cas de ce genre faisant défaut, deux hypothèses ont été émises, supposant l'une le siège nucléaire, l'autre le siège radiculaire de la lésion primitive. Ce cas, où il existe une paralysie radiculaire du plexus brachial, plaide en faveur de la théorie radiculaire. G. M.

(1) Souques et Chéné. — Tabès avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau, le pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les racines inférieures du plexus trachéal. *Revue neurologique*, 15 mars 1909, p. 249.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences sur les accidents de travail et les affections traumatiques ; par M. Olivier Lenoir. — (Un vol. in-8, XIII-235 pages, chez *Vigot* frères, Paris, 1909).

L'importance et la complexité des problèmes que soulève chaque jour l'application de la loi de 1898 imposent à l'attention de tous les praticiens les questions d'accidents du travail.

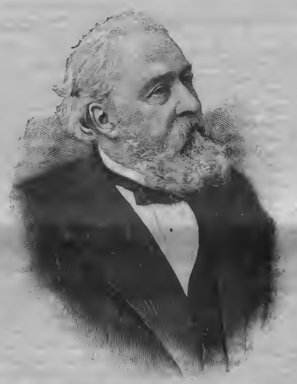
Il y faut des connaissances non seulement médico-chirurgicales, mais aussi juridiques, que l'on n'apprend guère dans les écoles de Médecine, et ceci explique le grand nombre d'ouvrages et de travaux consacrés, dans ces dernieres années, à la pathologie spéciale issue de la loi nouvelle.

Le volume dans lequel Lenoir a réuni les leçons qu'il a professées à la clinique du professeur Segond, à la Salpêtrière, figurera en bonne place dans cette littérature et sera pour tous un excellent guide. Assez court pour être d'une lecture facile, suffisamment détaillé pour qu'on y trouve tous les renseignements utiles au point de vue théorique et pratique (rédaction des certificats, évaluations des incapacités), il se recommande par une clarté fort appréciable dans ces questions embrouillées et souvent obscures. Il présente cet intérêt d'avoir été écrit par un homme compétent et qui a, sur le sujet, des idées personnelles, mûrement réfléchies et qu'il défend avec énergie : c'est ainsi que tout un chapitre est consacré à la question si controversée de l'*état antérieur* et des modifications à apporter sur ce point à la loi actuelle ; l'auteur s'y range à l'avis de Segond et Jeanbrau et du Congrès de chirurgie et réclame ces modifications, malgré l'opinion contraire de Balthazard et de Reclus.

Le volume est divisé en deux parties, une étude générale de la loi et une discussion spéciale de certaines lésions dont l'origine traumatique est souvent difficile à interpréter : hernie, appendicite, lumbago, orchite, etc. Ch. Lenormant.

BOURNEVILLE

1840 – 1909



Cliché Eug. PIROU.

Il en est peu qui peuvent, au déclin de la vie, affirmer avec certitude qu'ils ont réalisé de véritables progrès. C'est que, pour faire œuvre utile et durable, il ne suffit pas d'être un penseur, il faut être un homme d'action et il est rare de voir la même personne pourvue de ces deux qualités.

Bourneville fut un de ces privilégiés

Mais, pour apprécier en toute justice l'ensemble des travaux de pareils hommes, il convient d'attendre le recul de longues années. Au cours de leur existence, remplie de combats fougueux et de luttes violentes, un nuage sombre d'envie, de haine et de rancunes enveloppe leur œuvre et empêche de la juger sainement. Tels ces monuments grandioses, aux apparences informes, quand ils sont enveloppés des brumes de la nuit, qui, au lever du jour, dès qu'un rayon de soleil dissipe les ténèbres, surgissent dans l'éclat de la pureté de leurs lignes et de leur beauté.

***

Issu d'une de ces familles de petits propriétaires terriens, vaillants démocrates, qui paraissent avoir concentré à notre époque toute la vigueur et l'intelligence de notre race, BOURNEVILLE, Desir-Magloire, naquit le 21 octobre 1840 dans un petit bourg de Normandie, à Garancières, dans l'Eure. Venu à Paris pour y poursuivre ses études médicales, il choisit pour maître un homme de talent remarquable mais de caractère modeste, Delasiauve, médecin de Bicêtre, pour lequel il conserva toute sa vie la plus affectueuse vénération. Ce fut sous les auspices de cet éminent aliéniste et dans son *Journ l de médecine mentale* qu'il publia ses premiers travaux, ils avaient trait, du reste, aux épileptiques et aux idiots. Attiré par la méthode et le génie du grand Claude-Bernard, il suivit ses cours et publia ses leçons.

Il collabora ensuite à la *Médecine contemporaine*, puis fonda en 1864, avec M. Pascal, le *Mouvement médical* dans lequel il écrivit pendant près de dix ans.

Interne des hôpitaux en 1865, il fut tour à tour attaché aux services de Delasiauve, de Charcot, à la Salpêtrière, de Giraldès, aux Enfants-Malades, fit un court séjour à Saint-Louis et termina à la Pitié. Son internat fut marqué par un de ces actes de dévouement qui, durant sa vie professionnelle, lui furent souvent coutumiers.

Une terrible épidémie de choléra régnait à Amiens, Bourneville s'offrit aussitôt pour soigner les victimes du fléau. Sa bonne humeur, son mépris du danger, sa bonté pour les malades, lui attirèrent la reconnaissance de la municipalité amiénoise qui lui offrit une montre en or aux armes de la ville.

Travailleur acharné, Bourneville publia dès lors de nombreux mémoires, entre autres : sur le *choléra à l'hôpital Cochin*, sur l'*emploi de la fève de Calabar dans le tétanos*, et recueillit les leçons de Giraldès sur *les maladies chirurgicales des enfants* (1866-67-68).

La presse médicale ne suffisait pas à son activité de journaliste : durant l'exposition de 1867, il faisait paraître une série d'articles dans le *Panthéon de l'Industrie et des Arts*, puis dans le *Réveil*, journaux fondés par Charles Delescluze. En 1869, Bourneville rédigeait avec Guérard un mémoire intéressant sur la *sclérose en plaques*, un autre sur l'*antagonisme de la fève de Calabar et de l'atrop ne* ; il contribuait à la fondation de la *Revue photographique es hôpitaux*, enfin, en 1870, il devenait docteur en médecine avec une thèse qui fit autorité, intitulée : *Etude de thermométrie clinique dans l'hémorragi cérébrale et dans quelques autres maladies de l'encéphale.*

Survint la guerre avec l'Allemagne, Bourneville, ardent patriote, fit tout son devoir de Français. D'abord chirur-

gien au 160e bataillon de la garde nationale, il fut ensuite aide-major à l'ambulance du Jardin des Plantes, puis pendant le siège reprit ses fonctions d'interne à la Pitié. Avec quelle vaillance, lui et son regretté camarade, Petit-Vendol, pansèrent leurs blessés et soignèrent leurs malades.

Les batteries allemandes couvraient d'obus l'hôpital à tel point que l'on était obligé à tous moments d'évacuer les salles, et que certains chirurgiens en chef n'osaient plus venir faire leur visite quotidienne. Malgré cela, la salle de garde de la Pitié conservait sa gaîté, et Bourneville et ses collègues répondaient aux grondements du canon et à la déflagration des obus par des chansons de circonstance qu'ils aimaient encore naguère à se remémorer.

Une période encore plus douloureuse survint, ce furent les jours sombres de la Commune et de la semaine sanglante ; Bourneville fit encore là tout son devoir d'honnête homme et de médecin ; il sut s'opposer avec énergie à l'exécution sommaire des fédérés blessés et, au péril de sa vie, parvint, non sans peine, à faire respecter le droit d'asile à l'hôpital.

La paix signée et le calme revenu, Bourneville retourna à ses études et publia les premières *Leçons de Charcot sur les maladies du système nerveux* (1872).

En 1873, il fonda le *Progrès médical*, dans la rédaction duquel il groupa toute la jeunesse médicale studieuse de l'époque, qui devait avant peu conquérir la plupart des chaires de la Faculté, des services de nos hôpitaux et des fauteuils de l'Académie de médecine.

Nous ne pouvons énumérer ici tous les travaux de Bourneville dans leur ordre chronologique. Rappelons seulement que, de 1876 à 1880, il publia avec le Dr P. Regnard, l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* ; que, nommé, en 1879, médecin de Bicêtre, au concours, il entreprit de publier chaque année, avec ses internes, le compte rendu de tous les travaux faits dans son service et toutes les observations intéressantes.

Les *comptes rendus de Bicêtre*, qu'il édita jusqu'à ces derniers temps, sont une mine inépuisable de recherches cliniques et anatomo-pathologiques, et il est regrettable que l'exemple qu'il a ainsi donné n'ait pas été suivi par d'autres.

En 1880, Bourneville fondait, sous le patronage de Charcot, les *Archives de neurologie*, et en 1881, l'*Année médicale*. Il continuait d'éditer les *Œuvres complètes de Charcot*, réunissant en 1882, sous le nom de *Bibliothèque diabolique*, les documents ayant trait à la possession diabolique et aux faits étranges imputables à l'hystérie ou à l'aliénation.

En 1885, il publiait avec Bricon le *Manuel des injections sous-cutanées*, suivi peu à près du *Manuel des autopsies*. Enfin depuis 1878, il éditait le *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, dont les huit éditions successives indiquent le succès.

Bourneville fut en outre un médecin praticien très estimé, et son dévouement ne tarda pas à le rendre très populaire dans le Ve arrondissement ; il devait fatalement, à cette époque de lutte, être entraîné dans l'action politique. Ancien collaborateur de Delescluze, il avait déjà, sous l'empire, tenu sa place dans les rangs de l'opposition.

Le 30 mai 1876, il fut élu conseiller municipal du quartier Saint-Victor qu'il représenta à l'Hôtel-de-Ville jusqu'en 1883.

Le 4 février 1883, il était élu député de la 1re circonscription du Ve arrondissement, en remplacement de Louis Blanc et fut réélu le 18 octobre 1885. Mais la politique, loin de nuire à son activité, lui permit de réaliser d'importantes réformes. Il profita de la légitime autorité que, par son travail opiniâtre, il avait acquis au Conseil municipal ou à la Chambre des députés pour faire entrer dans le domaine pratique une partie de ses projets. Son journal, le *Progrès médical*, a relaté avec fidélité les luttes qu'il entreprit alors.

La transformation profonde qu'il apporta dans le personnel secondaire des hôpitaux est universellement connue ; la *laïcisation* progressive des services hospitaliers valut à son auteur assez d'ennemis et lui suscita assez de haines pour que cette réforme fît époque dans sa vie. L'*éducation* et *l'enseignement* du nouveau personnel, *la création des écoles municipales d'infirmières*, dont il garda la direction jusqu'à sa mort, lui méritèrent l'estime et l'admiration même de ses adversaires politiques, et le distingué administrateur des hôpitaux de Lyon, Hermann Sabran, un grand philanthrope, catholique convaincu, mais homme droit et juste, se plaisait, aux congrès d'assistance, à rendre publiquement sur ce point à Bourneville la justice qui lui était due. Bourneville voua une affection profonde au personnel secondaire hospitalier, il batailla toute sa vie pour obtenir l'amélioration de son recrutement et l'augmentation de son bien-être.

L'organisation de services spéciaux d'accouchements, des maternités dans les hôpitaux et la création des accoucheurs des hôpitaux constituèrent la seconde réforme importante qu'il parvint à faire réaliser dans le domaine de l'assistance. Cette innovation lui attira l'inimitié de quelques chirurgiens des hôpitaux, dont l'étroitesse d'esprit en cette circonstance fut si surprenante qu'on a quelque peine aujourd'hui à y croire. Ces chirurgiens, dans la crainte de trouver, chez les nouveaux accoucheurs, des concurrents redoutables en gynécologie, opposèrent à cette grande et utile réforme une obstruction plus que mesquine.

Nous ne saurions énumérer toutes les améliorations de détail que Bourneville fit encore réaliser dans l'assistance. Sans parler de la construction, de l'organisation et de l'installation de son service des enfants de Bicêtre, qui fut longtemps considéré comme un modèle et attirait les visites de tous les médecins étrangers de passage à Paris, rappelons qu'il obtint l'amélioration du régime des malades, l'organisation des bains externes et de l'hydrothérapie dans les hôpitaux, la suppression du Bureau central et la division de Paris en circonscriptions hospitalières, l'isolement des contagieux, surtout des enfants contagieux, la revaccination dans les services hospitaliers, le pavage en bois des rues avoisinant les hôpitaux, etc., etc.

Les Internes lui doivent le développement de leurs bibliothèques, qu'il fit subventionner par la Ville, l'amélioration de leurs salles de garde et de leurs chambres, la construction du Pavillon des Internes à Saint-Antoine.

Il étendit aux Asiles d'aliénés et à tous les Etablissements d'assistance ses soucis de perfectionnement.

Dans le domaine de l'*Hygiène publique*, Bourneville prit part à toutes les tentatives d'amélioration.

Il se consacra surtout à l'étude et au développement de l'épandage et de l'utilisation agricole des eaux d'égoûts, et à la propagation de l'incinération, dont il fut un des défenseurs au Parlement.

Il était, du reste, à sa mort, président de la Société de Crémation.

Il fit en outre une campagne active pour obtenir l'institution, dans les Ecoles de Paris, de classes spéciales pour les enfants arriérés. Ces classes spéciales, dont il eut un des premiers l'idée, ont été réalisées un peu partout à l'étranger et viennent à peine d'être inaugurées dans quelques arrondissements parisiens.

Nous ne saurions relater par le menu tout ce que tenta Bourneville, mais nous ne saurions passer sous silence ses projets de réforme de l'Enseignement médical.

Il contribua à la fondation de la chaire de médecine mentale, à l'organisation de l'enseignement clinique et pratique de l'obstétrique ; il seconda de toute son autorité l'initiative du Pr Farabeuf lorsqu'il rénova l'enseignement pratique de l'anatomie. Lors de son passage au Conseil Municipal, il déposa un projet d'*Ecole municipale de médecine*, qui, sans les hésitations de quelques médecins des hôpitaux, eût été réalisée pour le plus grand bien de l'enseignement de la médecine.

Par cet exposé sommaire des réformes accomplies ou entreprises par Bourneville, on peut se rendre compte que jamais homme politique ne mit autant d'énergie à combattre pour le bien public.

Mais ces réformes ne pouvaient être appréciées par tous, sauf la laïcisation, qui devint une arme terrible dirigée contre lui, le public était incapable de se rendre compte de la valeur des améliorations obtenues par Bourneville en assistance et en hygiène. Aussi, lorsqu'il fut soumis à une 3e élection, le suffrage universel, dans une de ces fantaisies qu'on a peine à expliquer et qui sont souvent le fait de la corruption, lui préféra M. Naquet.

Mais Bourneville n'abandonna pas cependant la lutte pour le bien public ; au Conseil supérieur d'Hygiène de France, au Conseil supérieur de l'Assistance, au Conseil de surveillance des Asiles d'Aliénés de la Seine, dans les Congrès, dans les Sociétés savantes, et jusqu'à la délégation cantonale du 1er arrondissement, surtout dans le *Progrès Médical*, il continua à poursuivre la réalisation de ses vues.

Atteint en 1905 par l'âge de la retraite, il dut abandonner son service de Bicêtre ; mais en reconnaissance de ses services, le Préfet de la Seine lui conserva la direction médicale de la Fondation Vallée. Il se consacra alors presqu'entièrement au traitement des idiots et des arriérés par la méthode médico-pédagogique dont il fut de plus éminent initiateur. Cette méthode, qu'il appliqua avec tant de succès à l'Institut de Vitry, maison de santé dont il était le directeur, a été perfectionnée par lui dans ses moindres détails à Bicêtre et nous ne saurions en entreprendre ici même la simple énumération. Tous les spécialistes du monde lui reconnaissent la plus grande autorité en pathologie cérébrale infantile.

Ainsi fut remplie la carrière toute d'abnégation de cet homme qui ne connut jamais qu'une distraction : le travail ; qu'une joie : le dévouement. Il fut, on peut le dire, un véritable apôtre laïque, un apôtre avec ses qualités et ses défauts. Quand il entreprenait quelque chose, c'était avec l'enthousiame, la conviction, nous allions dire la foi, qui lui faisait mépriser les difficultés de tous ordres et oublier trop complètement les exigences de la vie.

Cette existence de travail, de fatigues, de poursuite incessante du bien public, fut loin de le conduire à la fortune. Toujours prêt à rendre service, un peu trop même, sans se préoccuper de la valeur morale de tous ceux qu'il obligeait, il fut, pendant les années d'épanouissement de son influence, entouré d'une véritable cour d'élèves, d'obligés et d'amis ; mais quand, avec la vieillesse, la maladie et les échecs politiques, son étoile vint à pâlir et son influence vint à diminuer, le vide se fit peu à peu au tour du vieillard malheureux. A peine si quelques fidèles tentèrent de lui donner jusqu'à la fin l'illusion d'un peu d'espoir.

Il est mort, mais sa mémoire ne saurait de sitôt disparaître, et le nom de Bourneville est de ceux que l'avenir gravera profondément sur la table de marbre de l'histoire sociale au nombre des rares bienfaiteurs de l'humanité (1). J. Noir.

TRAVAUX ORIGINAUX

Scarlatine et érysipèle. Streptocoque et virus scarlatin ;

Par M. MILHIT, ancien interne des hôpitaux, et Mlle VASSEUR, externe des hôpitaux.

(*Travail de la clinique médicale infantile du professeur Hutinel.*)

Nombreuses sont les associations morbides que l'on peut observer au cours de la scarlatine : rougeole, varicelle, oreillons, fièvre typhoïde (2), etc., tout récemment encore la fréquence et la gravité de certaines de ces associations ont été discutées à la Société médicale des hôpitaux. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter plusieurs observations où se sont associés l'*érysipèle* et la *scarlatine*, non dans l'unique but de relater une fois de plus cette symbiose déjà connue, mais plutôt pour essayer d'en tirer quelques conclusions sur le rôle plus ou moins important, spécifique, que joue le streptocoque au cours de la scarlatine.

MM. Mallein et Foix (3), réalisant chez plusieurs scarlatins, la réaction de fixation, à l'aide de streptocoques isolés de la gorge de chacun de ces malades, ont toujours mis en évidence, dans le sérum, l'existence d'une sensibilisatrice spécifique streptococcique ; aussi ces auteurs attribuèrent-ils, en raison de cette constatation, un rôle de tout premier ordre au streptocoque et ne furent-ils pas éloignés, sans doute, d'y voir le germe spécifique de la scarlatine.

Ils ont établi, en effet, que le sérum des scarlatineux contenait des anticorps dirigés contre le streptocoque. Ces anticorps sont décelés au moyen de la réaction de Bordet et Gengou. Le fait est précoce : ils l'ont constaté au 4e jour de la maladie ; il est tardif aussi, on le trouve encore au 38e jour de la maladie. Cette réaction manquant dans les autres streptococcies, MM. Mallein et Foix estiment qu'elle pourrait être utilisée pour un séro-diagnostic de la scarlatine.

D'autres auteurs sont plus catégoriques et affirment sans restriction que le streptocoque est l'agent causal de la scarlatine.

Cependant tout récemment, Marino Castex (4), se servant d'un streptocoque, toujours le même, pour toutes ses recherches, a échoué plusieurs fois à déceler une sensibilisatrice spécifique pour ce streptocoque, au cours de la scarlatine.

Ajoutons enfin que Much et Eichelberg (5) auraient obtenu des réactions de Wasserman POSITIVES au cours de la scarlatine, chez des sujets nullement syphilitiques,

---

(1) Il est donné plus loin un compte rendu très sommaire de la cérémonie des obsèques. Les dernières volontés du Dr Bourneville ont été : « *Ni fleurs, ni couronnes, ni discours* » Comme les obsèques ont eu lieu aux frais du Conseil général de la Seine, les exécuteurs testamentaires n'ont pu éviter les discours d'ordre administratif ou politique, mais ils ont dû, à leur bien vif regret, résister à de nombreuses sollicitations medicales, lesquelles recevront légitime satisfaction lorsque le respect d'un testament ne sera plus en cause. (C.)

(2) Tissot. — Un cas d'association de scarlatine et de fièvre typhoïde. (*Progrès médical*, 1er mai 1909, p. 230.)

(3) Mallein et Foix. — Réaction de Bordet-Gengou. (*Presse médicale*, n° 97, p. 777, novembre 1907.)

(4) Marino-Castex. — *Presse medicale*, 8 mai 1909.

(5) Much et Eichelberg. — *Med. klin.*, 3 mai 1908.

et qu'ils en concluent à une parenté très étroite entre le tréponème et le virus scarlatin encore inconnu.

Il est donc scientifiquement impossible d'affirmer que le streptocoque soit l'agent causal de la scarlatine, mais l'on ne peut nier, non plus, qu'il ne manifeste sa présence d'une manière presque constante au cours de toute l'évolution de cette affection.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de signaler, au cours de la scarlatine, l'apparition d'érysipèle, détermination si caractéristique de l'infection streptococcique, non seulement à titre de constatation clinique, mais encore en raison de considérations biologiques : il est en effet extrêmement curieux de constater qu'un organisme, sous le coup depuis longtemps déjà de l'infection streptococcique (angine, ganglions, etc.), puisse néanmoins devenir le siège de nouvelles manifestations de même nature à allure aiguë, que l'on s'attendrait plutôt à rencontrer sur un organisme indemne jusque-là d'une infection streptococcique quelconque. Il est bon toutes fois de rappeler que l'organisme n'est pas immunisé par une telle infection, si l'on en juge précisément par les cas fréquents d'érysipèles récidivants : il y aurait en ce cas, au contraire, non pas immunité, mais action favorisante, quelque chose comme un « mordançage ».

Ajoutons enfin que le pronostic de cette association, érysipèle et scarlatine, qui semblerait à première vue devoir être très sombre, est cependant relativement assez bénin, si l'on s'en tient aux observations publiées jusqu'ici, et à celles que nous allons nous-mêmes rapporter.

Assez récemment, en effet, G. Appiani (1) a signalé deux cas d'érysipèle survenus à la convalescence de la scarlatine : d'après cet auteur, ce qu'il y eut de remarquable, ce fut que, malgré une réaction locale très intense, bien que la plaque érysipélateuse s'étendît comme au cours d'un érysipèle ordinaire, à aucun moment les symptômes généraux ne furent alarmants, ni même marqués, ni l'état général modifié, du fait de cette complication intercurrente.

Nous rapportons deux cas observés dans le service de notre maître, M. le P. Hutinel, dans lesquels cette association se trouva réalisée, également à la période de convalescence de la scarlatine.

1re *Observation*.

Il s'agit d'une petite fille de 13 ans, Fleur... Suz.., entrée au pavillon de la scarlatine des Enfants-Malades (service de M. le Prof. Hutinel), le 4 janvier 1909, pour une scarlatine en somme assez bénigne : temp. 38°4, pouls 136, traces d'albumine.

Ajoutons, pour être complets, que cette enfant avait eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, en 1904 ; en 1905, une fièvre typhoïde, et que depuis 1907 elle était soignée pour une kératite interstitielle, fort probablement spécifique : en 1908, elle aurait eu déjà de l'albuminurie ; rien de spécialement intéressant dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Au 14e jour de sa scarlatine, le 18 janvier, l'enfant présente subitement une élévation de la température, coïncidant avec l'apparition d'une adénopathie cervicale latérale ; puis la température redescend pour s'élever ainsi à nouveau brusquement plusieurs fois de suite, le 23, le 25, le 26. A la suite de ces élévations thermiques, une néphrite aiguë se déclare le 27 janvier.

Le 29 janvier, l'état est assez alarmant ; urine bouillon sale, moins d'un litre ; pouls 120, vomissements bilieux : 4 grammes d'albumine — fièvre très modérée : 38 au maximum.

Le 30 *janvier, c'est-à-dire* au 26e jour de l'évolution de la scarlatine, débutent les symptômes par lesquels s'est annoncé dans ce cas l'érysipèle gonflement et rougeur de la mastoïde : ce jour-là, les urines contiennent quelques cylindres hématiques et quelques globules rouges ; atténuation des symptômes généraux.

(1) Appiani (G.). — Padoue, Ospedale di isolamento. Scarlattina ed eryspelo. *Gaz. osp. clin.*, n° 116, Milano, 1908.

Le 31 janvier, le diagnostic d'érysipèle s'impose : la plaque érysipélateuse est absolument typique et s'étend d'une joue à l'autre progressivement, le bourrelet est très net ; cependant les symptômes généraux font défaut : pas de fièvre, pouls à 95, pression 14. En raison des lésions rénales que présentait déjà cette enfant, devant l'apparition d'une telle complication, un pronostic très réservé est porté.

Cependant jusqu'au 6 février, cet érysipèle ne paraît nullement influencer l'état général, bien que la réaction locale soit très intense. La quantité d'albumine n'a pas augmenté, la pression reste entre 14 et 15, le pouls entre 90 et 100, la température est à peu près normale ; les urines sont excrétées toujours dans les mêmes proportions, il n'y a eu à aucun moment de l'agitation, de la céphalée, du délire.

Le 8 février, la plaque érysipélateuse cesse de s'accroître, tend même à disparaître, et le 10 février, la figure a repris son état normal ; *mais par contre les urines sont devenues franchement hémorragiques* et un examen microscopique, pratiqué ce jour-là, permet de constater des globules rouges, des cylindres hématiques, des cylindres granuleux, et de nombreuses cellules du rein et du bassinet.

Cette néphrite hémorragique va persister assez longtemps, sans qu'il y ait toutefois une atteinte sérieuse de l'état général.

Le 26 février, elle existe encore, malgré une amélioration très notable de tous les symptômes observés.

Ce n'est qu'à partir du 2 mars que les urines s'éclaircissent tout à fait : voici l'analyse du 4 mars : *alimentation* : 2 purées, 3 litres de lait, confiture, 1 jaune d'œuf ; pouls 72 ; pression 13 ; urine 2 litres 300, jaune orange ; urée 10 gr.06 ; albumine *0.50*.

L'albumine persiste jusqu'au 20 mars, oscillant entre 0.75 et 0,25. Néanmoins, l'état général est excellent, pas d'hypertension, pas de troubles du rythme cardiaque, élimination normale du bleu de méthylène. L'enfant quitte le service entièrement guérie, *fin mars*.

IIe *Observation*.

Coste, Raym., âgé de 6 ans 1/2, entre à l'hôpital, pavillon de la scarlatine, le 16 février 1909.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents, non plus que dans l'évolution de cette scarlatine, qui devient apyrétique au 8e *jour*, et reste telle jusqu'au *22e jour*.

Ce jour-là, le 10 mars, l'enfant présente de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum, et des traces d'albumine.

Le 11 mars, oligurie (250 cc). et 2 gr. d'albumine, légère élévation thermométrique à 37.5 ; le 14 mars 4 gr. d'albumine et ébauche de bruit de galop ; le 15 mars, la température s'élève à 38.6 et la tension artérielle atteint 16 et 17 le lendemain, en même temps que l'albumine augmente jusqu'à 9 grammes, et que la température s'abaisse à nouveau. Le lendemain, 19 *mars, au 31e jour de la scarlatine, apparition d'un érysipèle* qui débute nettement au niveau de la paupière supérieure droite ; pas d'ascension thermique, ni d'exagération des symptômes généraux.

Le 20 et 21, l'érysipèle s'étend, intéressant toute la face et le cuir chevelu ; la tension artérielle, est à 17, le pouls à 100, il y a toujours de l'oligurie ; les urines émises le 22 mars commençent à *être hémorragiques*.

Celles du 23 le sont franchement, mais en en même temps l'on constate une atténuation des symptômes locaux ; la plaque érysipélateuse cesse de s'étendre, la température, qui s'était élevée (un seul jour, le 22) au-delà de 39, est revenue à 37, le pouls est à 70, la tension artérielle est a 15 1/2, et l'albumine, malgré la présence de sang, n'atteint plus que 3 gr. 50.

Il ne reste plus trace de l'érysipèle ; cependant la teinte hémorragique *des urines* va en s'accentuant jusqu'au 26 *mars* ; et à partir de cette date, l'enfant commence à présenter de la pigmentation des téguments, de l'asthénie, des douleurs lomboabdominales, ensemble symptomatique réalisant le syndrome de l'insuffisance surrénale, dont notre maître, M. le professeur Hutinel, a montré la réalisation fréquente et l'importance capitale, au cours de la scarlatine.

Ce n'est qu'à partir du 13 avril que ces symptômes s'atténuent quelque peu, et que les urines cessent d'être hémorragiques. Au 27 avril, il reste encore 0,75 d'albumine, toutefois l'élimination du bleu est normale et l'état général de l'enfant s'améliore assez rapidement à partir de cette date.

Ajoutons enfin qu'il est possible d'observer des formes frustes *d'érysipèle de la face*, au cours de la scarlatine.

Ce sont des placards nettement érysipélateux (bourrelet, chaleur, tension, etc.), que l'on voit tout à coup apparaître sur le lobule du nez, à l'angle de l'œil, etc., qui s'étendent pendant 24, 36 heures, puis disparaissent tout à coup, avortent pour ainsi dire.

Il nous est possible d'en signaler deux cas.

L'un a été observé en ville par M. le Prof. Hutinel, chez une jeune fille atteinte de scarlatine maligne : l'autre par nous à l'hôpital des Enfants-Malades.

Dans le 1er cas, il s'agissait d'une rougeur assez exactement limitée au nez, présentant tous les caractères de la plaque érysipélateuse, avec tendance à l'envahissement du côté des joues, qui persista 36 heures environ, et disparut assez brusquement, sans retentir sur l'état général.

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une petite fille convalescente d'une scarlatine banale, qui présenta également à deux reprises différentes un début de placard érysipélateux qui avorta sans impressionner la courbe thermique ou l'allure générale de la convalescence.

Pour nous résumer, au point de vue clinique, il nous est donc possible de formuler les conclusions suivantes :

Au cours de la scarlatine, surtout pendant la convalescence, il est possible d'observer l'apparition d'érysipèle, spécialement d'érysipèle de la face ; ces érysipèles, souvent précédés d'une poussée de néphrite, se comportent *localement* comme l'érysipèle de la face. Dans une de nos observations le début eut lieu au niveau de l'oreille et de la mastoïde, dans l'autre au niveau de la paupière supérieure ; cet érysipèle s'étend avec une assez grande rapidité, s'accompagne d'une infiltration très notable des tissus, avec rougeur, chaleur, tension, et à la périphérie, bourrelet caractéristique. Il dure environ 8 à 10 jours, puis cesse assez brusquement, et est suivi d'une desquamation assez marquée.

Par contre, minimes sont les réactions générales. Le début n'est pas bruyant et ne s'accompagne pas de frissons, de céphalée ou de vomissements ; la température ne subit pas de modification appréciable, le pouls n'est pas très augmenté, il s'en faut que l'on observe une très notable hyperleucocytose.

Bref tous les symptômes généraux sont réduits à un minimum.

Nous ne concluons pas cependant, comme le fait Appiani, que cette association ne présente aucune gravité : à notre avis, un certain élément de gravité, résulte du trouble apporté aux fonctions rénales, trouble qui se manifeste par l'apparition de néphrite hémorragique.

Dans notre 1re observation, lors de l'apparition de l'érysipèle, il existait déjà depuis longtemps une forte albuminurie; aussi, nos craintes furent-elles d'abord vives, au sujet du pronostic de cet érysipèle. Tout d'abord, elles parurent excessives devant l'état général qui resta bon; mais elles parurent se justifier ensuite par l'apparition d'une néphrite hémorragique dont l'évolution dépassa, et de beaucoup, la durée normale des néphrites hémorragiques de l'enfant, que l'un de nous étudie spécialement dans le service du professeur Hutinel.

Dans notre deuxième observation l'érysipèle apparut au cours d'une néphrite aiguë scarlatineuse ; il évolua sans retentissement sur l'état général, mais, comme dans l'observation précédente, fut suivi à brève échéance d'une poussée hématurique interminable, se compliquant de l'apparition du syndrome incontestable de l'insuffisance surrénale.

Il nous paraît donc logique, dans un cas analogue, malgré l'absence de phénomènes généraux réactionnels, de faire quelques réserves pronostiques en ce qui concerne la possibilité de complications rénales ; d'ailleurs cette absence totale de phénomènes généraux et de gravité immédiate au cours de cette association *scarlatine et érysipèle* peut se trouver en défaut, et nous devons à M. Troisier, interne du service, la connaissance d'un cas observé par lui au régiment, avec mort, après une phase d'hyperthermie et de délire.

La thérapeutique devra donc tenir compte de la possibilité d'apparition de ces complications rénales ; localement on traitera l'érysipèle comme à l'ordinaire (pulvérisations, compresses humides, etc.) et l'on instituera un régime sévère, diète hydrique d'abord, puis régime lacté en surveillant très exactement chaque jour les urines.

Abordons maintenant les déductions qu'il est possible de tirer de ces faits, au point de vue biologique ; tout d'abord, comme l'admet Appiani, il paraît certain que pendant la convalescence de la scarlatine, l'organisme est en quelque sorte relativement *vacciné* contre le streptocoque, puisqu'au cours de ces érysipèles on n'observe pas de phénomènes réactionnels généraux intenses, témoins habituels de la lutte de l'organisme ; mais il ne s'agit que d'une vaccination relative.

L'érysipèle n'est plus une maladie à la fois locale et générale, il reste une affection locale ; le pouvoir phagocytaire est suffisamment électif pour que la défense locale suffise à lutter contre la streptococcie du derme, sans qu'il soit nécessaire de faire appel à tous les organes défenseurs. Il y a eu vaccination *relative* par la scarlatine, ou, plus exactement, par les manifestations streptococciques combinées au virus scarlatin : et cette vaccination antérieure atténue l'intensité des phénomènes observés, soit en augmentant la résistance du sujet, soit en diminuant la virulence du germe, mais elle n'empêche pas que l'élimination par le rein des poisons sécrétés au niveau de la plaque érysipélateuse réalise des lésions de congestion et même de cytolyse rénales que traduisent les poussées hémorragiques et la présence des cylindres dans l'urine.

Essayer de conclure, en raison de ces faits, à une identité entre le streptocoque de l'érysipèle et l'agent causal de la scarlatine, nous paraît quelque peu excessif ; nous pensons simplement y trouver, une fois de plus, l'affirmation que le streptocoque peut s'associer, sous les aspects les plus variés, au virus scarlatin.

Il manifeste sa présence au début de l'affection par l'angine, plus tard, par les adénopathies, etc. ; il peut se révéler, plus tard encore, par l'inflammation caractéristique du derme ; il accompagne donc la scarlatine à chaque période de son évolution, il peut certes jouer un rôle important dans la réalisation de nombreux syndromes infectieux secondaires observés au cours de la scarlatine ; mais il nous paraît impuissant, à lui seul, en raison même de son polymorphisme et du polymorphisme de ses manifestations, à réaliser cette maladie épidémique et contagieuse qu'est la scarlatine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Histoires de France et d'ailleurs.

Mon charmant confrère F. Helme, de qui les écrits sont toujours une nouvelle joie pour ses lecteurs, insistait ces jours-ci une fois de plus (et il a bien raison) sur l'inconcevable négligence qui nous empêche de mettre en valeur les richesses climatologiques incomparables de notre pays. Et il ajoutait : « La faute en est, croyez-moi, à l'instruction ridi-

cule, — je ne parle pas de l'éducation inexistante, — donnée à nos enfants dans les petites écoles. J'y ai envoyé mon fils et j'ai connu là des maîtres patriotes, honnêtes, bons serviteurs du pays; mais quelle logomachie, mon Dieu! quelle logomachie inutile! Je ne demande pas de voir enseigner à nos petits la climatologie, mais pourquoi ne pas développer leur intiative en leur faisant l'histoire de leur vieille patrie? Il n'en est pas de plus tragique, ainsi que l'a dit M. Reclus, parce qu'aucune ne reçut au même degré le don funeste de la beauté! » (1).

Bien qu'il soit toujours difficile, sous la plume agile de Helme, de faire la part de ce qui revient à la manière de M. Bergeret, cette appréciation sur nos instituteurs des petites écoles me parut un peu sévère. Puis le hasard voulut qu'au même moment, je lus dans *The Daily Chronicle* un éloge fort congruent de l'enseignement de l'histoire à l'usage de nos jeunes écoliers. J'aime bien la fréquentation des auteurs anglais; leur enthousiasme pour l'entente cordiale est incapable d'altérer leur jugement et d'amollir leur bon sens pratique; ils n'en continuent pas moins à manie rl'art de l'éloge et de la critique avec cette humour mi-dédaigneuse et mi-guindée qui n'appartient qu'à eux, et dont le mordant a pour leurs compatriotes une saveur si singulière.

Un exemple, entre mille, de cette manière anglaise me revient à l'esprit. Le même journal, cité plus haut, fit paraître, il y a quelques mois, une analyse des plus flatteuses du fameux livre de Reginald Rankin, correspondant du *Times*, et consacré à la campagne du Maroc. Ce livre, traduit depuis en français, a un eu gros retentissement, puisqu'il n'était, à quelques lignes près, qu'une longue louange de nos troupes d'occupation. Or, l'analyste ne trouva rien le mieux, après avoir conté par le menu toutes ces belles choses, et en particulier couvert de fleurs le général d'Amade, d'ajouter tranquillement, en conclusion, avec ce flegme imperturbable, que la meilleure des traductions ne peut traduire: « On voit bien que le général d'Amade a fait partie de la mission française qui accompagnait lord Roberts dans la guerre du Transwaal et qu'il a mis en pratique avec bonheur les leçons données par cette campagne. » N'est-ce pas inattendu et délicieux?

Je prise donc beaucoup les éloges de tels adversaires, surtout quand ils sont exprimés sans réserves. Or, voici ce qu'écrit M. Sydney Brooks, dans *The Daily Chronicle* du 24 mai courant, à propos de la célébration de l'*Empire Day* (jour de réjouissance annuelle, correspondant au jour de la naissance de la défunte reine Victoria): « Nous sommes encore un peuple singulièrement ignorant de l'esprit et de l'orgueil de l'histoire. Notre système d'éducation est celui de l'Etat-aveugle. Nos pédagogues s'appuient sur cette théorie que l'amour du pays est un instinct qu'il est superflu de cultiver, que le patriotisme, comme les vertus domestiques, peut être laissé aux soins de lui-même, qu'une race impériale s'élève au mieux sans jamais lui parler de l'Empire, et que nos garçons grandiront dans la droite conception de leurs rapports avec la nation et de tout ce qu'a été, est et sera la Grande-Bretagne, aussi naturellement qu'ils grandiront dans leurs culottes!...

« Aujourd'hui, la moyenne des garçons anglais ferme son livre d'histoire à 14 ans ou à peu près, et il y a bien peu de chance pour qu'elle le rouvre plus tard dans la vie... L'enfant ramasse du mieux qu'il peut quelque notion de sa place dans l'Etat et de la place de son pays dans le système de la politique du monde. La conséquence est que, le plus habituellement, il ne ramasse aucune notion du tout, que son patriotisme est mal informé, inintelligent, improductif et indiscipliné, et que son sentiment de l'Empire est limité à une vague orgueil de propriété... ».

L'auteur cite alors l'exemple de la France dans les termes suivants: « La France prend ses garçons à l'âge de 11 ans, et systématiquement leur apprend tout ce qui concerne la vie du citoyen, sa position vis-à-vis de l'Etat, ses droits, ses devoirs et ses responsabilités, à la fois au point de vue public et privé. Chaque jeune Français est familiarisé avec l'organisation du gouvernement, et les noms et les exploits des Français célèbres sont tenus frais dans sa mémoire ».

Et il conclut: « Nous seuls faisons peu ou ne faisons rien pour exercer notre jeunesse aux réalités d'une existence nationale et impériale. »

Ainsi donc, M. Sydney Brooks prétend qu'il n'y a que chez lui qu'on ne sait point enseigner l'histoire; et c'est ce qu'affirme aussi M. Helme: mais je crois que, pour une fois, c'est celui-ci qui n'a pas tout à fait raison.

Je me permettrai une dernière citation: « Si nous désirons conserver notre suprématie, et si nous désirons mener une vie honorable, digne de la race dont nous sommes issus, il nous faut dépouiller le manteau de la frivolité (*Doff the garb of frivolity*), cesser de regarder la vie comme une pièce de théâtre; nous devons rejeter au loin notre haute idée de nous-mêmes et notre nationale satisfaction, devenir des étudiants zélés de l'entourage industriel et commercial qui nous environne; nous devons manifester, plus que jamais, de l'initiative, de l'ardeur, de l'énergie, du soin, de l'habileté, de l'activité » (1).

Qui dit cela? Un Français parlant anglais? On serait tout disposé à le croire. Pourtant non; c'est un Anglais, même un de ces Anglais grands hommes d'affaires, classé par ses compatriotes au rang des chefs les plus capables de l'industrie anglaise: Sir Christopher Furness; et il faut avouer que, dans la circonstance, il n'est guère tendre pour les siens.

Cela, j'en conviens, nous amène un peu loin de la climatologie: mais je crois qu'il ne faut pas trop le regretter. Il est bon, de temps à autre, de regarder un peu ce qui se passe chez le voisin, de constater qu'il est parfois moins avancé que nous, et de noter qu'il sait à l'occasion nous rendre cette justice que nous nous refusons si royalement à nous-mêmes. Et sur ce point spécial, F. Helme a tant de fois insisté, sous toutes formes, et de tous les côtés, que je suis bien certain qu'il sera de mon avis... à moins qu'il ne le soit pas, ce qui est également, chez lui, une chose toujours possible, — et qu'on accepte quand même avec plaisir.

René CRUCHET.

MÉDECINE PRATIQUE

Le goudron de houille brut en dermatologie;

Par G. MILIAN

M. Brocq (2) vient de préconiser le goudron de houille brut dans le traitement des dermatoses, de l'eczéma en particulier.

L'empirisme emploie ce médicament depuis longtemps déjà: les matelots savent qu'en se badigeonnant avec du goudron, ils modifient avantageusement les prurits circonscrits et, dans certains ports de mer de la Manche et de Bretagne, on traite les éruptions eczémateuses en les badigeonnant avec du goudron brut.

***

Le GOUDRON. — Toutes les fois qu'on distille ou qu'on

(1) *Presse médicale*, n° du 22 mai 1909, p. 403.

(1) *The Daily Chronicle*, n° du 23 avril 1909.

(2) BROCQ. — Le goudron de bouille brut en dermatologie *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1909, p. 1.

chauffe à une haute température, à l'*abri de l'air*, les combustibles : on produit : 1° des gaz qui s'échappent ; 2° un résidu qui reste dans la cornue ; 3° une partie condensable qui reste dans les appareils de dégagement et de refroidissement.

C'est cette dernière partie qui nous intéresse : elle se sépare en deux couches : une *portion aqueuse* qui est formée de l'eau préexistant dans la matière distillée et de l'eau qui résulte des multiples réactions exécutées dans l'opération de la distillation ; une *portion noire*, épaisse, qui constitue le goudron.

Il y a deux grandes variétés de goudrons : le *goudron végétal* qui résulte de la distillation du bois, de la tourbe, etc., et le *goudron de houille* ou *cooaltar*. Ces deux goudrons sont absolument différents, néanmoins ce sont toujours des liquides huileux, visqueux, de couleur brune ou noire et d'odeur empyreumatique.

La composition du goudron ne varie pas seulement avec la matière première d'où il tire son origine, mais encore pour les mêmes sortes de combustible, de la température à laquelle la distillation a été faite, de la forme des appareils, de la rapidité de l'opération, etc.

Voici, d'après Lauth, la composition approximative de quelques goudrons de houille, car l'origine de la houille elle-même a une grande importance :

	Huiles légères	Phénols	Huiles lourdes	Naphtaline	Résidu
Wigan-Cannel. Coal..	9	14	49	15	22
Newcastle...........	2	5	12	58	23
Staffordshire	5	9	35	22	29
Silésie.............	5	»	15	»	74

Il y a lieu pour le dermatologiste de prescrire : *goudron de houille brut, lavé à l'eau distillée.*

Le lavage est essentiel pour débarrasser le goudron de la potasse pure qui existe à la dose de 2,28 pour 100 dans l'eau de distillation et de l'ammoniaque qu'on y rencontre constamment et qui seraient certainement très irritants pour la peau.

Propriétés thérapeutiques générales du goudron en dermatologie. — D'après Leistikow, le goudron fait partie des agents fortement réducteurs. C'est à l'acide pyrogallique qu'il ressemble le plus par son action, et il a comme celui-ci des propriétés éminemment kératoplastiques. Excitant la kératinisation, ramollissant la couche cornée épaissie, diminuant la formation des squames, entravant comme le soufre, la vitalité des cellules malpighiennes, rétrécissant et fermant les voies lymphatiques intra-épidermiques, dessiccatif, fortement astringent pour les vaisseaux papillaires, il a donc à la fois une action en surface et une action pénétrante ; il agit sur les infiltrations inflammatoires et supprime le prurit par son influence à la fois directe et indirecte sur les terminaisons nerveuses. En concentration forte et sur la peau dénudée, il peut développer de l'hyperémie et des phénomènes inflammatoires.

***

Application du goudron de houille dans les dermatoses. — Voici la technique que recommande Brocq : Nous commençons par nettoyer autant que faire se peut la surface sur laquelle nous devons l'appliquer. Quand il s'agit d'un eczéma suintant recouvert de croûtes, de squames, ou compliqué de pyodermites, nous faisons pendant 24 ou 48 heures, plus longtemps si c'est utile, des enveloppements humides directs, ou avec interposition de pâte de zinc simple ou ichthyolée ; nous ouvrons les pustules, nous les touchons avec de l'eau d'Alibour diluée, ou avec une solution de nitrate d'argent, ou avec une solution d'ichthyol, etc... Quand la surface malade est bien détergée, nous la lavons soigneusement à l'eau bouillie, et, quand elle n'est pas trop sensible, nous la savonnons, nous y passons même de l'ouate inbibée d'un peu d'éther puis nous appliquons le goudron de houille brut en couche épaisse sur toute la surface atteinte en dépassant les bords et nous laissons sécher. C'est là un des points importants de la technique : plus longtemps on laisse sécher, pendant une, deux, trois heures, davantage même, — car le goudron ne sèche qu'avec une extrême lenteur, — plus le médicament agit avec puissance. Quand on a laissé sécher aussi longtemps que possible, au moins pendant 20 minutes, on poudre avec beaucoup de poudre de talc, et on enveloppe d'un linge en toile fine. L'interposition de la poudre entre la toile et le goudron est surtout utile si on ne laisse pas sécher pendant assez de temps.

Si on applique la toile par-dessus le goudron sans lui donner le temps de sécher, le goudron, au lieu de rester adhérent aux téguments, pénètre dans la toile, et quand on défait le pansement au bout de 24 heures on trouve au-dessous de la toile les téguments à peine teintés en marron plus ou moins foncé. Pour que l'effet utile soit obtenu, il faut que le goudron soit resté adhérent à la peau et que celle-ci ait une teinte d'un beau noir analogue à celle des nègres les plus foncés en couleur.

On ne doit pas mettre de tissu imperméable par dessus le goudron. Quand il y a beaucoup de suintement ou quand la desquamation est rapide, il est évident que les régions malades ne peuvent conserver longtemps cette teinte. Le suintement et la desquamation enlèvent, en effet, le goudron, et il en est à cet égard de cette substance comme du nitrate d'argent ; on voit qu'un eczéma suintant par exemple va mieux lorsque les téguments conservent pendant longtemps la teinte du goudron ou celle du nitrate.

Quand la peau n'est pas trop enflammée et quand le suintement n'est pas trop considérable, il est bon de ne pas toucher au pansement avant deux jours, et si au bout de ce laps de temps, l'aspect des téguments est satisfaisant, si le malade ne souffre pas de cuisson ou de prurit, on se contente de mettre de la poudre jusqu'à ce que tout vestige de goudron ait disparu, ce qui arrive, suivant l'intensité du processus desquamatif, du 4e au 6e jour. On refait alors, si on le juge utile, un nouveau badigeon.

Mais si les téguments sont très enflammés, s'il y a un suintement fort abondant, et si le malade souffre de cuisson, d'élancements ou de prurit, il nous a paru qu'il y avait, dans certains cas, utilité, dès le lendemain et surtout dès le surlendemain de la première application de goudron, à faire un pansement avec de la pâte de zinc simple ou ichthyolée sur les surfaces traitées. Ce pansement enlève d'ailleurs assez rapidement le goudron, et on peut s'en servir quand on veut nettoyer un endroit badigeonné.

Puis, dès que l'on arrive au 5e, au 6e ou au 7e jour après la première application de goudron, on fait un deuxième badigeonnage et ainsi de suite.

Inversement il y a des cas, relativement assez nombreux, dans lesquels il semble que l'application de la pâte de zinc dans l'intervalle des badigeons de goudron de houille brut ramène l'eczématisation, du suintement et de la rougeur. Dans ces cas il faut se contenter d'employer de la poudre comme topique.

Quand on veut enlever rapidement une couche de goudron, il faut se servir d'huile : le malade doit être prévenu de l'extrême adhérence de cette substance et des avantages sérieux qu'il y a à la laisser s'éliminer spontanément.

***

Le goudron de houille brut paraît être un exellent topique qu'on doit utiliser à l'hôpital dans les eczémas rebelles quand ils sont nettoyés et qu'ils ne sont plus compliqués de pyodermites en activité. C'est un produit qui n'a pour ainsi dire pas de valeur, avantage fort appréciable quand il s'agit des nombreux malades de la classe ouvrière. Il n'est que fort peu irritant ; on peut l'appliquer sur des surfaces enflammées et suintantes sans autre inconvénient qu'une sensation de cuisson dont la durée, fort variable suivant les sujets, peut n'être que de quelques minutes, rarement de plusieurs heures.

Ses trois grands effets sont de sécher les surfaces suintantes, d'en modifier et d'en calmer la rougeur, la tuméfaction et l'inflammation, enfin de supprimer pendant quelque temps le prurit.

Cette substance doit entrer dans la pratique courante des hôpitaux et y remplacer d'autres topiques infiniment plus coûteux.

CORRESPONDANCE

A propos du privat docentisme (1).

1°) Si j'ai cité M. Leredde, c'est que M. Leredde, dans une lettre adressée à *La Presse médicale* et publiée par ce journal le 4 novembre 1908, écrit ceci : « Des pièces que j'ai eues entre les mains, ces jours-ci, et qui seront publiées d'ici peu, émanant de professeurs, de praticiens allemands, démontrent que l'Allemagne ne veut pas renoncer au privat docentisme » (p. 746, pagination couverture). Ce sont ces lignes qui m'avaient toujours donné à penser que la consultation de M. Bazot avait été faite à l'instigation de M. Leredde ; mais au fond le nom importe peu : les faits seuls ont une valeur, et nous allons la juger.

2°) Les premières lettres étrangères rapportées par M. Bazot ont paru dans le n° d'octobre de l'*Enseignement médico-mutuel international ;* elles émanent des quatre personnalités suivantes : la première est M. Bier, professeur ordinaire à Berlin, qui est nettement favorable au privat-docentisme ; la seconde est M. Steiner, privat-docent à Leipzig, qui avoue ingénuement, après avoir déclaré que le privat-docentisme est une perfection : « Moi je me trouve dans une position extrêmement favorable » ; la troisième est M. Colin, praticien à Francfort, nettement favorable; la quatrième enfin M. Kollaritz, privat-docent à Budapest, qui écrit textuellement : « Le privat-docentisme est bon chez nous, mais ne vaut rien du tout pour la France. Chez nous il y a des professeurs extraordinaires qui sont payés et deviendront bientôt des professeurs ordinaires. Nous avons alors besoin du privat-docentisme. En France, il y a une quantité d'agrégés à chaque université. Le système des agrégés est très supérieur au privat-docentisme. »

Continuons le dépouillement des réponses publiées dans le même journal des mois de janvier et février 1909. Le Dr Spartz, praticien à Munich, est favorable au privat-docentisme, mais il ajoute : « Il est juste que le titre de privat-docent facilite la réussite dans la pratique. C'est pour cette raison que quelques privat-docents, ayant acquis ce titre, s'occupent principalement de la pratique, considérant les études scientifiques et l'enseignement comme secondaire. De tels cas ont provoqué quelquefois le mécontentement des praticiens ». M. Spartz ajoute, il est vrai, que ces cas « ne sont pas fréquents et ne peuvent être la raison de condamner l'institution entière du privat-docentisme ». Mais ce qui précède n'est-il pas la preuve évidente que le privat-docent est un de ces *médecins supérieurs* tant condamnés par les praticiens eux-mêmes ?

D'ailleurs, le Dr Vecsey, du sanatorium de Semmering, nous le dit fort nettement : « Comme les docents ne sont pas payés par l'administration, ile sont praticiens en première ligne. C'est pourquoi ils forment une classe de praticiens privilégiés, et, par la clientèle, ils sont reconnus comme médecins supérieurs » ; le même correspondant fait encore cette remarque topique : « Chaque médecin devrait pouvoir devenir *docent*, et selon la loi, il le peut. Mais en réalité, ce ne sont que les assistants protégés par leurs professeurs-chefs qui peuvent arriver. »

Le Dr Schuh, praticien à Nuremberg, répond de son côté : « On ne peut pas nier que quelques privat-docents tirent profit de leur titre dans la pratique, en considérant l'enseignement comme secondaire ». Le Dr Ansperger, privat-docent à Heidelberg, fait des réflexions analogues : L'usage qui existe ici, écrit-il, est de ne nommer privat-docents que les médecins qui sont assistants aux instituts ou cliniques respectifs. De cette façon, les professeurs connaissent les candidats et peuvent éloigner du privat-docentisme les mauvais éléments. En limitant le nombre des privat-docents au chiffre strictement nécessaire pour l'enseignement, on éviterait que ces personnes n'arrivent au privat-docentisme que dans le seul but de se faire valoir auprès du public comme quelque chose de supérieur et d'agrandir ainsi leur clientèle. En général, les praticiens ne sont pas excessivement enchantés des privat-docents, vu que ces derniers peuvent leur faire concurrence dans la pratique ».

Les docteurs Crédé (de Dresde) et Steinthal (de Stuttgart) sont également favorables ; le Dr Wehmer, praticien à Wiesbaden, défenseur chaleureux du privat-docentisme, fait cette remarque fort instructive : « Les professeurs sont contents de l'institution des privat-docents. L'espoir qu'ont les assistants d'entrer plus tard dans la carrière académique assure aux professeurs le concours d'hommes capables de les aider utilement dans leurs recherches ». Ce praticien convient, lui aussi, « qu'il peut arriver quelquefois que les privat-docents se servent de leur titre vis-à-vis des praticiens, pour prétendre à une certaine supériorité ».

Le professeur Preisz (de Budapest) écrit : « Chez nous, aux chaires pratiques, les docents abondent, puisque le titre de docent est un avantage considérable dans la pratique médicale. Aux chaires théoriques, au contraire, les docents sont très rares ; et pourtant ce seraient les sciences théoriques qui en auraient le plus besoin. A présent, à Budapest, on restreint le nombre de ceux pour lesquels cela n'est qu'un prétexte de reprendre la pratique ». Enfin, le professeur N. (de Cologne) est partisan du privat-docentisme ; et il en est de même du Dr Libensky, docent à Prague, qui se plaint toutefois de ce fait que « les docents ne sont pas honorés du tout », ce qui est « bien regrettable », ajoute-t-il.

J'ai tenu à citer les documents de M. Bazot lui-même, afin que les lecteurs puissent juger d'après eux seuls. En somme, presque tous les correspondants cités par M. Bazot se disent favorables au privat-docentisme, mais la plupart des raisons qu'ils donnent en faveur de leur opinion sont précisément celles contre lesquelles les praticiens français se sont élevés avec le plus d'âpreté ; elles sont, de plus, en contradiction flagrante avec ces principes d'indépendance et de libéralisme que réclament à grands cris nos réformistes français : elles nous montrent, en effet, une caste professorale privilégiée, investie d'une domination sans frein et prête à la conserver, la courtisanerie organisée, le favoritisme triomphant, la rémunération des privat-docents insuffisante ou même nulle, les études théoriques de plus en plus délaissées au profit des mauvaises pratiques d'une vulgarisation outrancière. En conséquence, je me vois forcé de conclure une fois de plus que les arguments que m'opposent mes contradicteurs se retournent contre eux et les écrasent de leurs poids lourd.

3° J'ajouterai encore ceci. Je suis profondément attristé du ton aigri et des procédés obliques de discussion qu'utilisent mes contradicteurs dans leurs attaques à mon égard. On dirait, à les entendre, que j'ai peur du grand jour et que mes moyens de défense sont faits de ruse insinuante et de sournoiserie dissimulée. Cela, je ne l'accepterai jamais, car j'aime le combat à visage découvert.

Si j'ai parlé de *contre-enquête,* c'est absolument mon droit, car je faisais allusion, non point à l'article du 19 septembre 1908 cité par M. Bazot, mais à un autre article sur le privat-docentisme que j'avais écrit en juin, et qui fut publié dans la *Presse médicale* le 29 juillet 1908 : or, je suppose qu'à cette date M. Bazot n'avait pas encore songé à se documenter ; c'est d'autant plus mon droit qu'à deux reprises bien antérieures, puisqu'elles

(1) Ainsi que nous l'avons annoncé, nous insérons les déclarations que nous a faites M. René Cruchet, au sujet de la *correspondance* parue dans le dernier numéro. Nous répétons que, pour ne pas lasser nos lecteurs, nous tenons la conversation pour close (N. D. L. R.)

remontent à 1900 et à 1902, j'étais allé me renseigner *sur place* et c'est après avoir causé avec les privat-docents de 16 universités, sur les 20 que possède l'Allemagne, après avoir vécu avec eux, vu leurs misères de près, touché du doigt les maux et les injustices dont ils se plaignent sous le boisseau, que j'ai dit, que j'ai écrit, et que je répète encore : « La plupart des privat-docents donnent la préférence au mode de recrutement par l'agrégation et le concours français ». C'est ce que clame du reste très courageusement M. Kollaritz dans sa réponse à M. Bazot lui-même : « Le système des agrégés est très supérienr au privat-docentisme. »

Oui, je suis Français, mais pas du tout à la façon de M. Bazot qui voit partout des ennemis dans ceux de ses compatriotes qui ne sont pas de son avis. Je cherche à m'éclairer sans passions ni parti-pris, et je dis ce que je pense. Ceux des praticiens qui croient que je suis contre eux se trompent étrangement, car mon opinion tend singulièrement à se rapprocher de la leur, si j'en juge par la citation suivante que j'emprunte à M. Paul Vigne (l'*Avenir médical*, 1er mai 1909, p. 897) : « Nous ne prétendons pas importer intégralement en France l'institution germanique. Nous demandons seulement l'adoption d'un principe. Quant aux voies et moyens d'application, ils devront être déterminés conformément à nos aspirations, à notre mentalité. à nos besoins propres. Chaque nation a sur ce point une formule utilisable pour elle seule. »

Ce qui revient à dire : « Nous voulons du privat-docentisme, à condition que ce ne soit plus lui ; nous voulons bien du mot mais pas de la chose. » Est-il possible, en vérité, de trouver un argument plus probant en faveur de la thèse que je défends ? N'est-ce point là la preuve la plus irréfutable du bien-fondé de mes remarques et surtout la démonstration péremptoire que je ne suis point du tout l'ennemi des praticiens ?... M. Etienne Bazot fera bien, une autre fois, de repasser ses auteurs. R. C.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Paris, les 10, 11, 12 et 13 mai 1909

Président : M. LAVRAND (de Lille)

(*Suite et fin*) (1).

M. *Castex* a démontré autrefois que la région sous-glottique pouvait s'infiltrer très facilement.

M. *Sargnon* a utilisé avec profit la morphime dans des cas d'œdème aigu du larynx, dans la laryngite striduleuse et dans l'albuminurie.

M. *Moure* fait remarquer à Castex que le professeur Macé, de Bordeaux, a fait des travaux aboutissant à la même conclusion que les siens.

M. *Mermod* constate la rareté de l'œdème laryngé dans la syphilis et surtout dans la tuberculose : c'est plutôt de l'infiltration.

Il n'a pas observé d'accidents à la suite de la cocaïnisation, mais il met en garde contre le mélange de Bonain.

M. *Escat* a vu des œdèmes par compression tumorale ; il croit que la révulsion est utile dans les œdèmes localisés; quant à l'iodure, on peut le donner, mais en se tenant prêt à intervenir.

M. *Lafite-Dupont* a vu un cas d'œdème chez un syphilitique chez qui le rein fonctionnait mal et imposait un dosage minutieux de mercure ; les injections de sel soluble furent bien supportées.

M. *Percepied* n'a pas hésité autrefois à donner 5 grammes d'iodure par jour à un syphilitique présentant de l'œdème du larynx : il hésiterait aujourd'hui, malgré le bon résultat obtenu alors.

M. *Bourgeois* répond à ses confrères : l'iode et l'iodure peuvent donner de l'œdème, mais on peut les administrer en surveillant les malades ; dans le cas qu'il a publié, on a fait une trachéotomie et on a pu vérifier par conséquent le diagnostic.

Pour la question du tubage, il est tout à fait d'accord avec Bonain.

Il a vu un seul cas de laryngite ulcéro-membraneuse superposable à l'angine de Vincent, mais il n'y avait pas d'œdème.

L'œdème après cocaïnisation peut se produire ; il est dû probablement à une vaso-dilatation paralytique secondaire.

L'œdème ne semble pas exister dans la tuberculose et la syphilis : c'est plutôt une infiltration.

Enfin, dans son rapport, il a cité le bromure, l'opium ; il aurait pu mettre la morphine, mais c'est le traitement du spasme et non le traitement de l'œdème.

M. *Egger*, de son côté, a eu l'occasion d'examiner de nombreux cas de lèpre laryngée ; il n'a jamais vu d'œdème de la glotte.

Faits de trachéo-bronchoscopie, par M. *Guisez* (de Paris). — Nombreux cas de corps étrangers du larynx, des bronches et de l'œsophage, suivis de quelques cas de rétrécissement de l'œsophage ayant bénéficié de l'œsophago-bronchoscopie.

M. *Claoué* insiste sur l'importance de la bronchoscopie inférieure dans les cas de corps étrangers des bronches lisses et mobiles et sur l'utilité des tubes de gros calibre dans les cas de corps étrangers de l'œsophage, même chez les enfants.

MM. *De Gorsse*, *Moure*, *Mouret*, *Escat*, *Tixier*, ont vu des cas malheureux de broncho-œsophagoscopie (œdème du larynx, médiastinite, etc.)

M. *Gaudier* recommande le crochet de Kirmisson.

M. *Rouvillois* essaie toujours de mettre tout d'abord le malade en position basse, dans les cas de corps lisse des bronches.

M. *Bourgeois*, à ce propos, cite deux cas de corps étrangers des bronches chez de jeunes enfants : le premier a été observé avant la vulgarisation de la bronchoscopie ; il a suffi d'une trachéotomie simple, suivie d'une injection d'huile ; le corps est sorti tout seul dans un acces de toux ; le deuxième cas a été observé avec Bellin : il a fallu une trachéo-bronchoscopie inférieure ; le corps étranger, un haricot, était très visible, mais la pince dérapait chaque fois qu'on voulait l'appréhender ; on se décida à retirer le tube et le haricot fut expulsé dans un accès de toux.

M. *Guisez* connaît certains cas malheureux ; mais, pour lui, ils sont toujours dus à une faute de technique.

Evolution intra-crânienne des polypes fibreux naso-pharyngiens, par M. *Gaudier* (de Lille). — L'auteur attire l'attention sur l'expansion intra-cranienne des polypes fibreux naso-pharyngiens ; on croit les avoir extirpés en totalité, alors qu'il reste des prolongements impossibles à saisir, sans faire une opération très large.

Cancer du larynx guéri par une opération endo-laryngée, par M. *Garel* (de Lyon). — Volumineux épithélioma extirpé depuis huit mois, par l'anse galvanique, chez un homme de 62 ans.

Cancer du larynx et fulguration, par M. G. *Laurens* (de Paris). — Dans deux cas de cancer du larynx bien limités, opérés il y a 6 mois, la fulguration a donné de très bons résultats.

MM. *Molinié* et *Sieur* croient que la fulguration peut aggraver la marche du cancer.

M. *Jacques* n'a obtenu de cette méthode aucun résultat appréciable chez un homme de 75 ans.

M. *Lermoyez* considère que la lymphorrhée produite par la fulguration augmente les chances de broncho-pneumonie ; de plus on constate une action nécrosante consécutive à une réparation rapide, mais excessive des tissus ; les résultats en sont donc douteux.

Rapport sur l'examen fonctionnel du labyrinthe, par MM. *Moure* (de Bordeaux) et *Cauzard* (de Paris). — Dans ce rapport très complet, il faut signaler la partie anatomique, les connexions du labyrinthe avec les centres bulbaires et cérébelleux d'après A. Thomas, la théorie acoustique, le rôle de l'appareil de transmission, d'après Helmhothz, Bézold, Zimmermann, Wagner, Schœfer, Wittmack, Liebermann, etc., etc.

En résumé, le labyrinthe peut être pratiquement divisé en deux parties, l'une, le limaçon, est l'organe de l'audition, l'autre, le vestibule et les canaux semi-circulaires, est l'organe de l'équilibre ; donc une affection de l'oreille peut se limiter à l'un ou l'autre de ces appareils.

Pour interroger la fonction auditive et savoir si la lésion a touché cette importante fonction dans son appareil nerveux ou au contraire dans son appareil de transmission, on a recours aux expériences suivantes : examen de l'audition aérienne (montre, acoumètre de Politzer, voix chuchotée, diapasons graves, diapason moyens et monocorde de Schultze) ; examen à travers les os du crâne (perception cranienne, à la montre, à l'acoumètre, épreuves de Schwabach, Rinne, Gellé ou électriques).

(1) Voir le dernier numéro.

Pour connaître la participation ou la localisation vestibulaire, Il faut. aux épreuves précédentes, ajouter les recherches sur l'organe de l'équilibre qui devront consister en : 1° recherches sur la statique (Stein, Mach, Purkinje) ; 2° recherche du nystagmus spontané ; 3° épreuves de Barany (nystagmus provoqué par rotation, calorification, réfrigération) ; 4° vertige voltaïque (épreuves de Babinski).

M. ***Lafite-Dupont*** conseille de faire l'épreuve de Gellé par raréfaction.

M. ***Trétrop*** conteste la valeur de la réaction galvanique et il signale les travaux de Barany.

M. ***Hennebert*** signale les résultats souvent contradictoires donnés par le courant galvanique.

Tumeurs kératinisantes du larynx, par M. ***A. Castex*** (de Paris). — Ce sont de petites tumeurs, implantées sur les cordes vocales, d'aspect muqueux, blanchâtres, à rapprocher de la leucokératose linguale et de pronostic moins immédiatement grave que les autres tumeurs du larynx.

MM. ***Garel*** et ***Escat*** ont eu des cas semblables.

Quelques cas de labyrinthites, par M. ***Trétrop*** (d'Anvers).— Cas de sclérose progressive à marche lente, de congestion et d'hypertension, d'endolabyrinthite double par syphilis, endolabyrinthite compliquée de méningite.

Volumineux abcès de l'hémisphère cérébelleux gauche ; trépanation large au niveau de la mastoïde ; mort consécutive, par M. ***Labarrière*** (d'Amiens).

De la zone pétreuse intersinuso-auditive. voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse, par M. ***Mouret*** (de Montpellier).— Excellente étude anatomique et pathologique, que viennent confirmer deux observations très intéressantes de ***Claoué*** et de ***P. Laurens***.

Les catarrhes des chanteurs, par M. ***A. Perretière*** (de Lyon).— Les catarrhes fréquents portent surtout sur les diverses qualités du son vocal, timbre et résonnance (cavités sus-laryngées), volume et étendue (larynx) et sont justiciables d'un traitement à la fois hygiénique et orthophonique.

Quelques considérations sur la respiration diaphragmatique basées sur les recherches graphiques et radioscopiques, par M. ***A. Thooris*** (de Paris).—La plupart des malingres sont des insuffisants glottiques et diaphragmatiques ; l'insuffisance glottique se traduit par l'incontinence de l'air contenu dans le thorax au moment de l'émission et se corrige par des exercices d'émission ; l'incontinence diaphragmatique se traduit graphiquement par l'amplitude faible ou nulle de la courbe obtenue au moyen d'un pneumographe, au niveau épigastrique et, radioscopiquement, par la persistance de la fusion des masses sombres du diaphragme et du péricarde durant l'inspiration.

Immobilisation post-traumatique de la corde vocale droite, par M. ***J. Labouré*** (d'Amiens). — Après un coup de pied de cheval ayant fracturé la maxillaire inférieur, il se produisit une ecchymose du vestibule laryngé et une paralysie de la corde vocale droite qui n'a fait que progresser et a provoqué son atrophie.

Nouvelle méthode d'anesthésie de la membrane du tympan, par ***Kœnig*** (de Paris). — L'auteur propose l'emploi de vaporisation fine de chlorure d'éthyle. en s'aidant d'un nouveau spéculum qui permet l'évaporation spontanée de ce produit.

L'électrargol dans l'otorrhée, par M. ***Mossé*** (de Perpignan). — Les bains d électrargol se sont montrés très efficaces dans les cas d'otite chronique, avec large perforation et infiltration diffuse de la muqueuse de la caisse.

Nouvel appareil acoustique par M. ***Laimé***. — Appareil composé d'un microphone extrêmement sensible et d'un amplificateur de sons qui est la partie originale de l'invention, qui semble appelée à rendre de très grands services, grâce à son ingeniosité, à sa simplicité et à son maniement facile.

Sarcome éthmoïdal ; résection de l'ethmoïde par voie paranasale propagation cérébrale, par M. H. ***Caboche*** (de Paris).—Au sujet de cette observation très intéressante, l'auteur insiste sur les points de technique suivants : tamponnement temporaire et préalable du cavum, conservation jusqu'à résection complète de la branche montante et de l'os propre, de la muqueuse qui tapisse ces productions, exploration systématique des cavités accessoires.

Notation graphique du nystagmus vestibulaire pendant la rotation, par M. ***Buys*** (de Liége).

Anomalies d'orientation et de contour du pavillon, par M. ***Chavanne*** (de Lyon). — Toutes les anomalies sont justiciables d'une intervention chirurgicale ; mais dans les anomalies d'orientation accentuée, une large résection cartilagineuse est nécessaire en ménageant la face externe du pavillon.

Paralysie centrale des VIe et VIIe paires au cours d'une otorrhée, par M. ***Jacques*** (de Nancy).

Action des eaux sulfureuses dans la mycose, par M. ***Bousquet*** (d'Ax-les-Thermes).

Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur ? par ***J. Bræcckaer*** (de Gand). — C'est un nerf mixte qui contient, d'après l'auteur, en un seul faisceau, tous les nerfs moteurs du larynx, ainsi que les nerfs moteurs et sensitifs destinés à la trachée et à l'œsophage.

Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes du nez, par M. ***Lannois*** (de Lyon).— On trouve parfois dans les polypes du nez de petites formations dures, arrondies, ayant absolument l'apparence d'un œil de poisson cuit. L. en a rencontré trois cas. L'examen histologique montre qu'il s'agit de kystes d'origine glandulaire dont le contenu, au lieu de rester liquide, a subi une transformation spéciale.

Deux cas d'intervention pour tumeurs de l'angle fronto-cérébelleux (tumeurs de l'acoustique), par MM. ***Lannois*** et ***Durand*** (de Lyon). — Les tumeurs de l'angle fronto-cérébelleux ont habituellement leur point de départ dans le nerf acoustique. Elles ne sont pas rares (soixante-dix cas).

Ils présentent eux-mêmes deux tumeurs de ce genre, diagnostiquées pendant la vie et enlevées chirurgicalement.

Le diagnostic, au moins dans les cas typiques, ne présente pas de difficultés sérieuses. Le plus souvent, l'affection débute par des signes périphériques portant sur l'acoustique, le facial et le trijumeau, accessoirement sur les nerfs moteurs oculaires ou sur le vago-spinal, auxquels s'ajoutent des signes de compression du cervelet et les symptômes généraux des tumeurs.

L'intervention, plus difficile que pour les tumeurs de la région rolandique, est cependant actuellement bien réglée : elle a donné quatorze succès opératoires de plus ou moins longue durée.

Zona otique, par M. ***Mignon*** (de Nice).— L'auteur présente une observation de zona otique montrant que l'infection zostérienne peut frapper à la fois les filets nerveux de l'oreille externe et de sa périphérie, et aussi le nerf auditif, chose très rare et constituant l'intérêt particulier de ce fait clinique. Le zona de l'oreille doit donc être décrit d'une façon plus complète qu'on ne le fait généralement ; il présente plusieurs modalités se rattachant à l'oreille externe, à l'oreille moyenne et au nerf auditif, celle-ci ayant au point de vue fonctionnel une importance digne d'être relatée.

Ostéites limitées de l'oreille moyenne, par M. ***Dupont*** (de Bordeaux).—Les trois quarts d'ostéites de l'oreille sont remarquables : 1° par leur siège, situé identiquement au point équatorial postérieur du cadre tympanal ; 2° par l'exiguïté de leur étendue qui se réduit à 1 ou à 2 m/m ; 3° par la durée du processus qui se chiffre par six ans et vingt ans ; 4° par la rapidité de la guérison qui suit leur curetage.

Elles s'observent chez des sujets strumeux ou tuberculeux et sont fort probablement des ostéites tuberculeuses. La preuve bactériologique n'a pas pu être faite, car on sait les difficultés des recherches en pareil cas.

Leur siège, dans les trois cas, est remarquable par son identité absolue : c'est le point équatorial postérieur du cadre tympanal.

Le traitement de ces ostéites est très simple, c'est le curetage suivi de badigeonnage au chlorure de zinc.

Kyste du cervelet s'étant manifesté dans le cours d'une otite moyenne supurée. Examen nystagmique. Autopsie, par M.

Texier (de Nantes). — Observation de kyste : à l'examen, le liquide ne donne pas de crochets ; ensemencé, on ne constate qu'une colonie de sarcines, ce qui montre la difficulté, au début, du diagnostic différentiel entre une labyrinthite et une lésion cérébelleuse et la valeur de l'examen nystagmique. Cet examen, qui mettait le labyrinthe hors de cause, a été confirmé par l'ouverture du canal semi-circulaire qui n'a donné issue à aucune trace de pus, et par l'autopsie, qui a montré la lésion cérébelleuse.

Anesthésie dans la sinusite maxillaire, par M. *Munch* (de Paris). — La cocaïnisation du nerf maxillaire supérieur, selon la technique d'Ostwalt, donnerait de très bons résultats.

Sur l'endoscopie, par M. F. *Munch* (de Paris). — L'auteur propose de porter le foyer lumineux à l'extrémité profonde de l'instrument, en faisant glisser dans le tube principal un tube porte-lampe.

Autres communications.

Gravité des phlegmons péri-amygdaliens, par M. *Bar* (de Nice).

Deux cas d'abcès du cervelet, par M. P. *Laurens* (de Paris).

Hémorragie du sinus caverneux, par M. *Molinié* (de Marseille).

Exercices acoustiques dans la surdité acquise, par M. *Piaget* (de Grenoble).

Epreuves vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, par M. *Hennebert* (de Bruxelles).

Mastoïdite sans otorrhée et mastoïdite post-typhique, par M. *Mossé* (de Perpignan).

Présentations d'instruments, par Mahu (ouvre-bouche, cisaille perforatrice, pince à épiglotte) ; Delair (appareils prothétiques, palais et larynx) ; Fournier (inhalateur) ; Buys (nystagmographe) ; Trétrop (photophore) ; Piaget (transformateur) ; Garel (photographies stéréoscopiques autochromes des pièces anatomiques). Dr Salamo (de Paris).

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1909

Mobilisation des insertions osseuses pour sutures tendineuses. — M. *Poncet.* — Un jeune homme a été opéré par moi pour une rupture ancienne du tendon d'Achille avec un écartement tel des 2 bouts qu'il était impossible de songer à les rapprocher. J'avais pensé à rapprocher ces bouts en sectionnant transversalement le calcaneum, de manière, en faisant glisser l'un sur l'autre les 2 fragments, à faire remonter le bout inférieur du tendon vers le bout supérieur. C'est ce que je fis chez ce malade. Les 2 fragments osseux furent chevillés, le tendon suturé. Je mis un plâtre et obtins une réunion par première intention. Il y a aujourd'hui 19 ans de cela. Je l'ai revu cette année. Le résultat fonctionnel est aussi satisfaisant que possible. Il exerce sans difficulté sa profession de cultivateur et ne boite aucunement. La radiographie montre le calcaneum un peu hyperostosé, un peu plus clair que du côté sain.

La cheville d'ivoire ne se voit presque plus, sauf dans ses 2/3 antérieurs.

La fulguration dans le cancer. — M. *Ricard.* — J'ai fait une série d'expériences sur ce procédé, d'octobre 1908 à avril 1909. Je possède aujourd'hui 37 observations. La fulguration a été faite par M. Bizard, suivant la méthode de M. de Keating-Hart. L'examen histologique a été fait avant et après. Les autopsies ont toutes été faites.

Sur ces 37 fulgurés, j'ai perdu 12 malades. Mais cela s'explique. On a cru avoir trouvé la guérison du cancer et on a fulguré des cas que l'on n'aurait pas opérés. Sur ces morts, il y en a 6 qui sont dues à l'étendue et à la gravité des lésions et de l'état général des malades. Mais il en faut conclure néanmoins que les cas inopérables avant, restent inopérables après la fulguration.

Le pronostic opératoire est aggravé par la fulguration. Il est toute une série d'organes qui ne supportent pas la fulguration, d'une part. Il est certain, d'autre part, que la septicité est plus grande.

Le cancer du sein est une opération parfaitement aseptique. Or, j'en ai perdu trois, dont une était un cancer tout à fait limité. Et les malades qui ne sont pas mortes ont toutes eu de la fièvre. Donc je suis en droit d'admettre une gravité plus grande par la fulguration, qui complique l'opération de phénomènes septiques de gravité très variable suivant les cas, sans que je puisse expliquer cette variété.

Mais la fulguration empêche-t-elle la récidive ou la retarde-t-elle ? Hélas, non ! La fulguration ne semble pas avoir une action élective sur le cancer.

On a dit que la cicatrisation était extraordinairement rapide. C'est vrai dans certains cas. Mais il en est d'autres qui ont une cicatrisation plutôt ralentie, des plaies atones, grisâtres et qui ne bourgeonnent pas du tout.

Sur 16 néopl. de la face, 4 ont déjà récidivé, 6 ont un bon résultat et, sur 12 seins, il en reste 3 ; 5 ont déjà récidivé et parmi eux il est des cas simples.

Un épithélioma des membres avec un bon résultat au début, a récidivé au bout de 3 mois, etc., etc...

Je ne crois donc pas que la fulguration étende le champ opératoire ; elle aggrave les cas simples ; elle ne diminue pas le nombre des récidives.

M. *Souligoux.* — J'ai fait faire 6 fulgurations par M. Zimmern. Deux ulcères de jambe ont donné de bons résultats. Mais l'un n'a été fulguré qu'en partie et cependant la portion non fulgurée a cicatrisé aussi vite que l'autre.

La récidive de mes cas a été presque constante.

M. *Faure.* — J'ai fait fulgurer une vingtaine de cas, dont beaucoup étaient à la limite de l'opérabilité. Je crois que la fulguration a une action certaine sur la cicatrisation. D'autre part, il est certain que nous avons vu des cas véritablement extraordinaires.

J'ai perdu quelques malades. Je crois qu'ils seraient morts sans la fulguration. Mais cependant je crois que celle-ci aggrave encore une opération déjà grave par elle même et cela peut-être par une action spéciale, peut-être simplement parce qu'elle prolonge l'opération.

Je n'ai jamais vu la lymphorrhée toxique dont on a parlé. Les différents résultats obtenus sont peut-être dus à une différence de dosage de la fulguration suivant les cas et suivant les points. Cela est d'ailleurs certainement difficile à corriger. Je suis cependant encore assez disposé à la tenter parfois. Mais je n'en ferai pas moins des opérations larges et je ne la ferai point dans des cas où l'opération complète sera possible et facile.

Présentation de malades. — M. *Faure* présente une malade opérée par lui le 17 février d'une tumeur de l'orbite et fulgurée avec un bon résultat.

M. *Morestin* présente une malade à laquelle il a extirpé une tumeur de la parotide par une incision rétro-auriculaire, ou dissimulée, et une malade à laquelle il a extirpé une tumeur de la glande sous-maxillaire par la voie buccale.

M. *Duval* présente une malade opérée d'un cancer du sein et fulgurée qui a été réunie et a cicatrisé par première intention malgré la fulguration.

Présentation de pièces. — M. *Routier* présente un appendice qui s'insérait par 2 points sur le cæcum.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du jeudi 27 mai 1909

Les applications médicales du radium. — Conférence par M. *Wickham.* Après avoir donné quelques indications sur la découverte et l'origine du radium, l'auteur rappelle que c'est sur la base des résultats qu'il obtint, au cours de l'année 1905, que fut fondé le laboratoire biologique du radium. Il rend hommage aux nombreux travaux de ses collaborateurs qui ont contribué à donner à la radiumthérapie une place importante dans la thérapeutique.

Puis il passe en revue la composition des rayonnements du radium, et insiste sur ce fait que la révulsion ou l'inflammation provoquées par les rayonnements dans un but thérapeutique sont dus, moins à leur composition qu'à la durée de leur application. Il montre à l'appui des cas d'eczémas irritables traités par des doses massives et intenses composées en majorité des rayons B, et qui cependant, malgré leur irritabilité, ont rétrocédé sans la moindre inflammation surajoutée, et cela simplement parce que la durée d'application des rayonnements intensifs n'a été que de 1 à 3 minutes.

Par contre, il montre des cas d'épithéliomas qui, bien que traités par des rayons de très haute pénétration avec filtrage de 3 millim. de plomb, ont guéri après être passés par une phase de vive inflammation thérapeutique surajoutée.

M. Wickham insiste ensuite sur l'importance prépondérante qu'il a toujours donnée aux procédés opératoires qui permettent l'action thérapeutique sans aucune irritation, ce sont eux qu'il emploie, avec le Dr Degrais, dans sa méthode du « Feu croisé ».

Cette action sans irritation ne peut bien entendu s'exercer que sur des affections pour lesquelles le radium a un pouvoir électif, c'est-à-dire dont les cellules morbides peuvent être amenées à la réparation sans passer, — au moins cliniquement — par une phase inflammatoire.

Parmi ces affections, il faut citer surtout les eczémas chroniques, les chéloïdes, les angiomes tubéreux, les cancers épithéliaux. Il insiste spécialement sur ce dernier groupe d'affections qui, dès 1905, firent l'objet de ses premières recherches, et il montre la régression favorable non seulement des cancers épithéliaux superficiels, mais aussi des cancers sous-cutanés.

Il en arrive à la question de l'influence du radium sur les cancers profonds et, parmi ceux-ci, spécialement sur les cancers du sein. A propos de ce dernier groupe, il cite le cas de plusieurs malades qui ont bénéficié du radium, et dont les observations ont fait l'objet d'une récente communication à l'Académie.

Broncho-pneumonie gangreneuse. Origine entérococcique du bacille anaérobie. Cycle bactérien et transformisme secondaire. M. Georges ***Rosenthal*** étudie bactériologiquement un cas de broncho-pneumonie gangréneuse. Il a obtenu dans les cultures le retour passager au type entérocoque du bacille anaérobie, — né sans doute par adaptation à la vie pathogène de ce genre banal. Entérocoque, bacille anaérobie, entérocoque sont les étapes du cycle bactérien. Le transformisme secondaire doit prendre place à côté de l'infection secondaire sans chercher à suppléer cette féconde théorie.

Syphilis contractée dans les maisons publiques administrativement surveillées — M. Paul ***Salmon*** rappelle que les cas de syphilis contractée avec des femmes surveillées par les médecins de la Préfecture de Police ne sont pas rares. Il les explique, entre autres raisons, par l'impossibilité de reconnaître certaines lésions virulentes et contagieuses (syphilides érosives minimes, syphilis méconnues du col utérin et des amygdales surtout.) Si, cliniquement, ce diagnostic est irréalisable, le laboratoire (séro-réaction, recherche du spirille pathogène) ne permet aussi que rarement d'éclairer le diagnostic. Donc, pratiquement, le public a tort de croire à une garantie sanitaire, au contrôle des médecins de l'administration. Les mesures de prophylaxie individuelle restent toujours indiquées contre le péril vénérien.

Le traitement opératoire des leucoplasies linguales étendues. — M. de ***Fourmestraux*** (de Chartres) présente l'observation d'un malade opéré et guéri d'une leucoplasie linguale étendue par le procédé de Morestin (décortication complète de la muqueuse linguale) légèrement modifié. Il insiste sur les résultats médiocres obtenus par le traitement médical et le traitement spécifique dans la grande majorité des cas.

L'exérèse au bistouri nécessite l'anesthésie générale, sous réserve d'employer les mêmes précautions techniques que dans l'ablation du cancer lingual ; position de Rose, anesthésie courte, fixation de la langue.

L'anesthésie locale ou régionale n'est indiquée que dans le cas de plaques circonscrites. Le gros danger consiste, comme dans la cure opératoire du cancer de la langue, dans la bronchopneumonie de déglutition.

Les lavages fréquents de la bouche, la suppression rapide de l'alitement sont dans ce cas formellement indiqués.

Traitement du cancer du rectum par la fulguration. M. de ***Keating-Hart*** présente une statistique portant sur quinze cas de cancer du rectum traités par la *fulguration*. Sur ces quinze cas, il compte deux morts opératoires (soit 13 %). Sur les 13 cas restants, les lésions se sont révélées trop avancées dans 6 cas pour permettre une opération suffisante pour l'application intégrale de la méthode de l'auteur : pourtant 4 de ces derniers ont été cicatrisés parfaitement, mais d'une manière peu durable (quelques mois au plus). Enfin, sur les 7 cas par lesquels la fulguration a pu être appliquée complètement, on constate trois résultats heureux datant de deux ans et demi, seize mois et six mois (récidivés mais cicatrisés par de nouvelles fulgurations, avec santé générale parfaite) ; et deux guérisons actuelles durant l'une depuis 7 mois et l'autre depuis un an. La dernière ne datant que de 2 mois, l'auteur n'en parle que pour mémoire. Il fait remarquer la torpidité des récidives et l'inutilité de la colostomie dans l'emploi de sa méthode.

E. Agasse-Lafont.

LES OBSÈQUES DU Dr BOURNEVILLE

Les obsèques du Dr Bourneville, fondateur du *Progrès médical*, ont eu lieu mercredi dernier, au milieu d'une foule considérable. Le deuil était conduit par le fils du défunt, M. Marcel Bourneville, ainsi que par les membres de la famille et par les exécuteurs testamentaires, MM. Pujol, Cornet et Noir. Le corbillard était entouré d'infirmières et d'infirmiers des hôpitaux de Paris et des asiles de la Seine. Dans l'assistance on remarquait :

M. Pichon, ministre des affaires étrangères ; M. Viviani, ministre du travail et député du Ve ; M. Lépine, préfet de Police ; M. Dron, député ; M. Magny, directeur des affaires départementales ; M. Chausse, président du Conseil municipal ; M. Mirman, directeur de l'hygiène au Ministère de l'Intérieur, représentant M. Georges Clémenceau, ami personnel du défunt ; M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; M. Paul Straus, sénateur ; M. Pierrotet, maire du Ve ; MM. Lampué et André Lefèvre, conseillers municipaux du Ve ; MM. Roger, Baron, Mulheim, directeurs d'hôpitaux de Paris ; M. Aimé Rouzaud, administrateur-gérant du *Progrès médical* ; MM. Lucien Broli, du *Progrès médical*. Parmi les médecins : MM. Magnan, Briant, G. Paul-Boncour ; Bonnaire, Maygrier et Tissier, accoucheurs des hôpitaux ; MM. Sollier, Bilhaut, Paul Raymond, Collin, M. le Dr Edwartz-Pilliet, etc. C'était, en outre, M. Mesnard, et toute une délégation de l'hospice de Bicêtre ; MM. Cruet et Boyer, représentants de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, etc., etc.

Conformément aux volontés du défunt, le corps, après avoir été autopsié par M. Noir, assisté de M. Cornet, a été inciné mercredi à 3 heures, au Crematorium du Père-Lachaise.

C'est également pour respecter les dernières volontés du défunt qu'il n'a pas été distribué de lettres de faire-part, et que les exécuteurs testamentaires ont dû restreindre les discours à ceux des personnages officiels, discours qui se sont en quelque sorte imposés. Ces dernières paroles à caractère officiel ont été prononcées par M. Mirman, au nom de M. Clémenceau ; par M. Viviani, député du Ve ; par M. Magny, au nom du Préfet de la Seine ; par M. Marquez, au nom du Conseil général ; par M. Pierrotet, au nom de la Municipalité du Ve ; par M. Mesureur, au nom de l'Assistance publique de Paris ; par M. Chausse, au nom du Conseil municipal.

Aucun médecin n'a donc pris la parole. Mais le Dr Bourneville recevra les hommages médicaux qui lui sont dus, et ses anciens élèves et amis du monde médical qui lui sont restés fidèles auront l'occasion de rendre à sa mémoire un juste témoignage de reconnaissance et de sympathie.

C.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hémimélie partielle ;

Par le docteur FÉLIX REGNAULT.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a donné le nom d'hémimélies à des anomalies congénitales des membres dans lesquelles le segment intermédiaire—avant-bras ou jambe—est absent ou diminué, hypoplasié. Il opposait l'hémimélie à l'ectromélie, caractérisée par l'absence des trois segments et à la phocomélie, dans laquelle le premier et le second segments manquent.

Je propose d'appeler « hémimélie partielle » une variété spéciale d'hémimélie dans laquelle un seul des deux os du segment intermédiaire est atteint, ce qui donne à ce segment une forme particulière, caractéristique. Tantôt cet os est frappé d'arrêt total de développement et n'est



Fig. 1. — N° 541 B Musée Dupuytren. Absence presque complète du radius. Main bote congénitale.

plus représenté que par un cordon fibreux, tantôt il n'est qu'en partie ligamenteux ; ses extrémités se fixent soit aux extrémités de l'os parallèle soit aux extrémités des os des segments voisins.

Dans les deux cas, il forme un lien inextensible qui empêche l'os intact de s'accroître en ligne droite et le force à s'incurver en arc à concavité tournée du côté de la corde qui le maintient. (Figures 1, 2, 3). Sur le sujet vivant, l'avant-bras ou la jambe sont à la fois diminués de longueur et élargis ; l'os intact incurvé fait saillie sous la peau et on le sent aisément à la palpation ; l'os atteint n'est plus perçu et on ne sent pas la corde fibreuse qui le remplace. Cette corde n'apparaît point non plus à la radiographie qui ne montre qu'un seul os incurvé avec ses deux bords parallèles et son canal médullaire large et central. C'est pourquoi, malgré son importance, elle n'est point signalée dans les descriptions.

— Le segment distal, main ou pied, est poussé par l'extrémité de l'os intact qui s'incurve et, attiré par l'os atteint, il se dévie toujours du côté de ce dernier. Le numéro 541 B

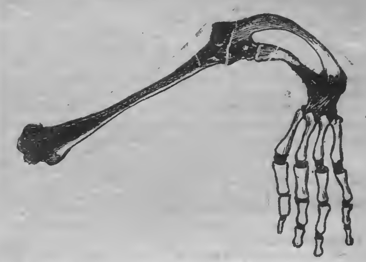


Fig. 2. — N° 541 F Musée Dupuytren. Hypoplasie du radius Main bote congénitale.

du musée Dupuytren présente une absence presque complète du radius. Une faible portion osseuse persiste supérieurement. Le reste est remplacé par un cordon fibreux qui a incurvé le cubitus et attiré la main qui est bote (fig. 1). Le numéro 541 F du même musée présente une anomalie de même genre. Le radius ne s'est pas ossifié dans sa portion inférieure, il en résulte encore une incurvation du cubitus et une main bote radio-palmaire (fig. 2)

— Le segment intermédiaire peut aussi se dévier sur le segment proximal : si la corde fibreuse est fixée à l'extrémité de ce dernier segment, elle attire à elle l'os intact (fig. 3.)



Le numéro 43 A du musée Dupuytren présente un squelette phocomèle des deux membres supérieurs, et dont le membre inférieur droit offre un péroné ligamenteux. La malléole externe seule est ossifiée. Le cordon fibreux qui remplace le péroné a incurvé le tibia et, comme il se fixe au condyle fémoral, il a dévié la jambe en dehors de la cuisse (fig. 3).

— Enfin il arrive parfois que l'os intact, en s'accroissant, arrive à vaincre la résistance du cordon fibreux et des ligaments articulaires, et se luxe sur l'os du segment proximal.

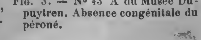


Fig. 3. — N° 43 A du Musée Dupuytren. Absence congénitale du péroné.

Les déviations observées dans l'hémimélie partielle ont

été reproduites expérimentalement par Ollier (1) qui, en réséquant, sur des animaux jeunes, un des deux os du segment intermédiaire, a vu s'incurver l'os conservé et se dévier le segment distal. La destruction du cartilage d'accroissement d'un des deux os par une maladie amène son raccourcissement et provoque aussi l'incurvation de l'os parallèle, comme MM. Ollier (2), Nicoladoni (3), en ont donné des exemples.

Nos premières recherches sur ce sujet ont été faites en 1898 (4). Dernièrement, plusieurs auteurs, ayant porté leur attention sur les malformations osseuses, ont décrit des cas d'hémimélie partielle, sans se rendre compte qu'il s'agissait d'un type clinique spécial. Ils ont signalé l'absence d'un des deux os du segment intermédiaire, la courbure de l'autre os et la déviation du segment distal, mais il n'ont pas reconnu que la cause de cette courbure et de cette déviation était due à la présence d'une corde fibreuse remplaçant l'os absent.

Il convient de citer dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* une observation de M. Valobra (1905, p. 560) sur les difformités congénitales multiples, parmi lesquelles un tibia épais et court avec un péroné incurvé, long, luxé en haut et en bas. L'auteur n'explique pas cette dernière anomalie, qui se comprend lorsqu'on la rapproche des cas semblables que j'ai signalés ;

2° Une observation de dysostose cléido-cranienne, de MM. Voisin et Infroit (1907, p. 227). L'hémimélie du radius avec main rejetée en dehors n'est signalée que comme une complication de la dysostose ;

3° Un cas d'achondroplasie par MM. Charon, Degouy et Tissot (1907, p. 391). D'après la description, il n'y a pas d'achondroplasie, mais hémimélie partielle qui a affecté le tibia et a produit l'incurvation du péroné ;

4° Une dystrophie osseuse héréditaire par MM. Halipré et Hébert (1907, p. 437). Cette dystrosphie est une simple hémimélie partielle qui porte sur les deux cubitus ; les radius sont recourbés ;

5° Un cas d'absence congénitale bilatérale du radius et des doigts radiaux par MM. E. Apert et Morisetti (1908, nov.-déc.). Il existe une main bote et une courbure du cubitus ; mais les auteurs ne signalent point la transformation du radius en une corde fibreuse inextensible qui produit ces déformations.

Signalons encore un arrêt de développement des membres inférieurs par M. Judet avec absence du péroné, courbure du tibia et pied bot. L'auteur n'explique pas le mécanisme de ces déformations. (*Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*, 1908, page 311.)

Dans les *Archives des Laboratoires des hôpitaux d'Alger*, (5) le docteur Scherb décrit exactement un monstre hémimèle avec absence du cubitus, mais sans en faire un type clinique spécial ni en reconnaître le mécanisme.

Cette difformité n'est pas exceptionnelle. Les chirurgiens orthopédistes s'en sont aussi occupés, mais uniquement au point de vue de la correction des pieds bots et des mains botes qu'elle entraîne. Ils ont imaginé des opérations compliquées : résection d'une partie des os du tarse et du carpe, etc., sans parvenir au résultat désiré. Ils n'ont pas vu que la déviation est produite par le cordon fibreux qui remplace l'os absent. C'est ce ligament qu'il faut couper si l'on veut à la fois redresser l'os incurvé et corriger les déviations.

L'hémimélie partielle se complique fréquemment d'autres anomalies osseuses congénitales : phocomélies, anostose claviculaire, dysostose cranienne....

Quelques mots sur le diagnostic. On ne confondra pas l'hémimélie partielle avec l'achondroplasie ; dans cette dernière maladie, le péroné, en se développant plus que le tibia, peut élever son articulation supérieure et parfois même atteindre le plateau tibial du genou. Ces troubles sont insignifiants comparés à ceux de l'hémimélie partielle qu'ils ne rappellent que de loin. Enfin les lésions de l'achondroplasie sont systématiques et généralisées ; les os sont épaissis, la base du crâne est soudée, etc.

L'hémimélie partielle n'est pas la seule malformation qui reproduise une main bote ou un pied bot congénitaux. J'ai observé des pièces anatomo-pathologiques de membre distal bot dans lesquelles les deux os du segment intermédiaire étaient bien développés et incurvés dans le même sens. En ce cas la déviation m'a semblé être le résultat d'une compression extérieure : contracture utérine, bride amniotique.... Ici on ne peut plus invoquer le mécanisme de l'hémimélie partielle.

Nous avons expliqué comment se produisent les déformations à la suite d'un arrêt de développement d'un des deux os du segment intermédiaire. Nous ignorons la cause de cet arrêt de développement.

(1) OLLIER. — *Traité des résections*, t. I, page 559.
(2) OLLIER. — T. II, page 441.
(3) NICOLADONI. — *Medizinische Jahrbucher*, 1886, p. 225.
(4) Dr Félix REGNAULT. — *Déformations osseuses consécutives à l'arrêt d'accroissement de l'os parallèle. Bulletin de la Société anatomique*, mars 1898, p. 235.
(5) Dr SCHERB. — *Difformités congénitales non héréditaires et symétriques des quatre membres chez un arabe. Monstre hémimèle avec ectrodactylie*, Alger, 1906.

Forme atténuée de congestion pulmonaire « a frigore » ;

Par le docteur E. ANDRÉ
Médecin principal de 1re classe de l'armée, en retraite.

Il est une forme de congestion pulmonaire que les classiques passent sous silence et qui même n'a été signalée par aucun auteur. Elle est pourtant fréquente, très fréquente, et mérite d'attirer l'attention non seulement pour avoir la satisfaction d'étendre le domaine des connaissances scientifiques, mais aussi en raison des complications très graves auxquelles elle expose.

Pathogénie. Etiologie. — Il s'agit d'une hyperémie active du poumon se produisant au moment du froid, et par ce fait coïncidant fréquemment avec les épidémies de grippe. C'est donc au cours et surtout à la fin de l'hiver qu'elle s'observe le plus communément.

Affection essentiellement « a frigore », elle frappe surtout ceux qui, par le genre de leur profession, sont le plus exposés à subir les influences climatériques et atmosphériques.

Les observations qui servent de base à cette étude ont été prises dans le milieu militaire ; mais il est vraisemblable que tous ceux que leur métier oblige à courir les risques des refroidissements, à ne pas s'arrêter pour se soigner quand ils commencent à avoir le rhume vulgaire ou à reprendre leurs occupations avant de se sentir complètement guéris, n'en sont pas plus que les soldats à l'abri.

Il est donc à présumer que, la recherchant, on en trouvera fréquemment l'existence, dans le monde surtout des travailleurs, mais il faut vouloir la rechercher, car elle passe facilement inaperçue.

Symptomatologie. — Le malade a un état général si peu inquiétant qu'il peut se lever, sortir, continuer à vaquer à ses occupations, si elles ne sont pas pénibles et

ne réclament ni effort, ni grande activité. C'est plutôt un état d'indisposition : léger malaise général, fatigue, lourdeur de tête, alternatives de frissons et de bouffées de chaleur, peau moite, apyrexie le matin, léger mouvement fébrile (environs de 38°) le soir ; le pouls, même le matin, est exagéré et plein, le soir il est à 90 ou au-delà. L'appétit n'est même pas toujours diminué, mais la constipation est fréquente. Les urines sont foncées et diminuées. La soif est exagérée, avec préférence pour les boissons chaudes.

Le coryza est habituel ; la gorge est rouge et sèche, il s'y produit des picotements, il y a même souvent de la dysphagie.

L'enrouement est de règle ; la toux est fréquente, par petites quintes, sans expectoration autre que des mucosités du pharynx ou de la trachée. La respiration ne paraît pas accélérée et l'examen de la poitrine reste négatif.

L'affection s'arrête le plus souvent à cette période qui paraît n'être constituée que par des prodromes.

Mais il est loin d'en être souvent ainsi. Soit que ce soit sans qu'un arrêt se soit produit, soit que pendant l'amélioration une imprudence ait été commise, une fatigue un refroidissement, l'exécution du travail ordinaire, mais effectué avec peine et effort, tous les symptômes s'aggravent, surtout du côté de la poitrine : la toux augmente, devient plus pénible, s'accompagne de point de côté à droite, la respiration est plus fréquente et l'inspiration plus superficielle.

L'auscultation reste néanmoins négative comme bruits surajoutés dans les deux tiers des cas ; autrement on constate quelques râles disséminés partout, sibilants et muqueux.

Si l'on percute suivant le procédé usuel, on ne remarque rien d'anormal. Mais si, au lieu de pratiquer la percussion médiate, on emploie la percussion directe, c'est-à-dire si l'on frappe la poitrine avec la pulpe des trois doigts médians, si on le fait avec légèreté et souplesse (de façon à obtenir la sonorité profonde), ce qui n'exclut pas une certaine force, on trouve une submatité à la base ou dans la fosse sous-épineuse droite qui s'accompagne de diminution de l'élasticité. Cette diminution de la sonorité a pour particularité de ne siéger qu'à droite, ou si rarement à gauche que c'est une véritable exception. Dans 61 observations recueillies dans le courant d'un hiver, elle n'a été rencontrée que 4 fois à gauche.

Elle siège toujours à la base, atteignant les deux lobes inférieurs, c'est le plus fréquent (41 fois), tantôt limitée au lobe inférieur (9 fois) ou au lobe moyen (7 fois).

Là où la congestion s'est montrée d'abord, elle reste localisée, ne s'étendant pas d'un lobe à l'autre, si elle n'a atteint primitivement que l'un des deux lobes.

Les vibrations sont à ce niveau sensiblement diminuées. La main mise à plat sur la poitrine constate une atténuation des vibrations vocales dans la région correspondant à la diminution de la sonorité.

Si, revenant alors à l'auscultation, on applique l'oreille sur la poitrine, on remarque une diminution du murmure vésiculaire, si peu accusée qu'elle avait d'abord échappé, en même temps qu'une diminution de la résonnance vocale, dont les limites sont celles de la submatité.

Fréquence, durée et terminaison. — Dans le cours de l'hiver où ont été recueillies les 61 observations qui font la base de cette étude, il a été rencontré d'assez nombreux cas de pneumonie dans lesquels l'interrogatoire des malades a donné à croire qu'elles avaient été précédées de la congestion dont les symptômes viennent d'être décrits. C'est donc une affection que l'on peut considérer comme commune, sinon fréquente.

Il est vrai qu'elle se termine toujours par la guérison. L'état général s'améliore d'abord, puis la toux diminue, mais il persiste pendant longtemps une impossibilité de respirer profondément. Un mois après le début de la convalescence, il est très rare de ne pas trouver encore une notable diminution de l'élasticité et de la sonorité dans les points antérieurement submats. Ce n'est qu'à la longue, après plusieurs mois, que la « restitutio ad integrum » se produit.

Pendant cette longue période, et d'autant plus qu'on est moins éloigné du début, persiste un état d'affaiblissement, de prédisposition, qui fait de cette forme atténuée de congestion pulmonaire une maladie à surveiller de près. En effet sous l'influence d'une cause déprimante — refroidissement, fatigue, travail exagéré, nouvelle atteinte de rhume — les symptômes du début se reproduisent, mais avec une bien autre intensité, et on voit l'acheminement rapide vers les signes de la broncho-pneumonie avec ou sans pleurite. C'est pourquoi la pneumonie droite est plus fréquente que la gauche ; sur 50 pneumonies ou broncho-pneumonies rencontrées dans le cours de trois hivers, il en a été noté 32 à droite, 16 à gauche et 2 doubles. Il est impossible, en raison de cette fréquence deux fois plus grande, de ne pas voir un lien de cause à effet entre la congestion et la pneumonie.

Peut-on la considérer comme une affection nouvelle, ou une aggravation de la maladie primitive, qui ne constituerait qu'un stade de la même inflammation ? Il paraît plutôt que la première n'a fait que créer un terrain favorable à l'évolution ultérieure de la pneumonie, elle a simplement fait son lit, et l'autre s'est installée dans un milieu favorable à son éclosion.

Il est intéressant de remarquer que c'est un terrain peu agréable au b. de Kock. Il n'a été rencontré qu'une seule tuberculose consécutive à cette congestion, ayant au début conservé exactement ses limites, pour ne se généraliser que plus tard. Encore le malade était-il un diabétique et présentait-il de ce fait une prédisposition toute particulière. Pourtant les malades ont été suivis pendant longtemps après leur guérison, certains même pendant deux ans et demi, et les notes prises lors du premier examen et régulièrement conservées n'auraient pas laissé passer inaperçus des antécédents aussi intéressants.

Pour les médecins d'armée, la longue période pendant laquelle se prolonge l'état d'engouement, si léger soit-il, a une importance toute particulière qui mérite d'attirer l'attention. Il est à considérer, en effet, que quand le soldat accomplit les marches fatigantes, c'est en été, au moment des chaleurs Alors qu'il a à porter la charge de son lourd fourniment, que le poids du fusil pèse sur une épaule, et que les bretelles du sac brident sa poitrine, il est indispensable que le jeu respiratoire puisse s'exercer dans toute son intégrité. Faute de quoi, l'hématose étant insuffisante, le malheureux est guetté par cet accident complexe qu'on appelle le coup de chaleur, dans lequel l'insuffisance des échanges respiratoires joue le premier rôle. Il est donc de toute nécessité que les soldats atteints en hiver de cette congestion soient absolument guéris de toute séquelle avant d'être soumis aux marches d'entraînement.

Siège. Ses raisons anatomiques. Une particularité s'impose à l'esprit, et la question se pose d'elle-même : pourquoi le siège d'élection de cette hyperémie est-il la base du poumon droit ? Il semblerait plutôt, à s'en rapporter aux dispositions anatomiques que les traités classiques

donnent aux grosses bronches, que cette congestion dût exister à gauche. Etant d'origine *a frigore*, elle devrait atteindre le poumon qui est le moins protégé contre l'influence de l'air froid, par conséquent le poumon gauche, qui reçoit plus directement l'air extérieur en raison de la moindre obliquité de la grosse bronche gauche. Car c'est bien ce que disent les classiques ; la grosse bronche gauche se rapproche tellement de la verticale qu'elle semble faire suite à la trachée, tandis que la droite tend à être horizontale.

Mais depuis Poirier (*Anat.* p. 500), il n'y a plus qu'à confesser que cette description est erronée : « Un simple coup d'œil jeté sur un moule d'arbre bronchique, dit-il, aurait dû suffire à la dissiper à jamais (l'erreur des classiques) en montrant que l'angle de bifurcation de la trachée est habituellement aigu. La bronche droite est plus oblique que la gauche et se rapproche tellement de la verticale qu'elle semble faire suite à la trachée ». Voilà qui est péremptoire et qui montre bien que la grosse bronche droite est la moins protégée contre les influences extérieures, de même qu'elle s'offre plus que la gauche pour recevoir les corps étrangers qui tombent dans la trachée.

Ce n'est pas tout : La grosse bronche droite est aussi plus volumineuse que l'autre ; son diamètre transversal varie entre 13. 5 m.m. et 21 mm. 9, tandis qu'à gauche il n'est que de 12. 5 mm. à 17 mm. Le rapport entre l'une et l'autre est, d'après Braune et Stahel, comme 100 est à 77.19.

En outre, cette différence de calibre est en rapport direct avec la capacité plus grande du poumon droit, car, ainsi que l'ont démontré ces deux auteurs, il existe une relation étroite entre les bronches, considérées comme tubes conducteurs de l'air et les poumons considérés comme espaces aériens.

D'où il résulte que le poumon droit a une ventilation plus grande que le gauche, et que l'air froid y arrive sans avoir pu, aussi facilement qu'à gauche, se mettre au degré de l'ambiance par la raison de la rectitude de la grosse bronche, d'où résulte une pénétration plus directe et une diminution des frottements contre les parois, et par la raison de son calibre plus grand. La conséquence naturelle qui résulte de ces trois particularités est que les vésicules sont moins abritées contre l'action nocive des influences atmosphériques.

Quelle est la lésion anatomo-pathologique répondant à la description de l'affection ? On ne peut répondre à cette question que par analogies ; la maladie n'est jamais assez grave pour compromettre la vie et aucun des malades observés n'a succombé à une affection concomitante. On en est donc réduit à conclure, d'après la submatité et la diminution des vibrations, à une hysperémie des parois des vésicules, qui les rendent moins souples et moins sonores.

C'est en cela seulement que doivent consister les lésions.

Traitement.— C'est, au début, le traitement de toutes les maladies *à frigore*, en y joignant les soins nécessaires pour assurer l'asepsie du pharynx et des cavités nasales. Localement on emploiera des révulsifs : ventouses sèches ou cataplasmes sinapisés, auxquels on substituera plus tard des applications de teinture d'iode.

A l'intérieur, il n'est pas généralement nécessaire de recourir à une médication spéciale : l'ipéca ou le tartre stibié, le kermès, etc., ne donnent pas de résultat appréciable. Mais pendant la durée de la convalescence il faudra insister sur l'iodure de potassium en raison de son action vaso-dilatatrice et de son action sur la résorption des séquelles de la congestion.

Telle est cette forme atténuée de congestion pulmonaire qu'il s'agissait de faire connaître et de décrire ; ainsi qu'il a été dit au début, elle ne constitue pas une simple curiosité scientifique ; mais par l'amorce qu'elle crée à des inflammations plus graves, elle mérite d'être connue et recherchée. Il n'était donc pas inutile de lui donner une place dans le cadre des maladies du poumon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Echos d'un Columbarium

C'est du Père-Lachaise que nous vient l'écho, à quelques jours de distance de ce mercredi 2 juin, où furent réduits en cendres, en moins d'une heure, les débris de celui que la mort étreignait depuis plus d'un an. Ce fut la fin d'une longue agonie physique et morale, que Bourneville subit avec un stoïcisme émotionnant : ce fut la délivrance.

Il faut avoir vécu, comme Noir et moi, dans l'intimité du maître jusqu'à son dernier souffle, pour affirmer qu'il est peu d'hommes sur lesquels aient pu s'acharner avec autant de persévérance élective la déveine et les malheurs de toutes sortes. Et si ceux-là qui n'ont connu Bourneville qu'à la surface et à sa période d'influence et de réelle force savaient tout ce que nous savons, que ceux-là aient été des ingrats ou même des victimes, ils seraient saisis de sincères remords ou de respectueuse pitié ; ils conserveraient pieusement le souvenir de cette figure disparue, qu'estompaient certaines ombres qui ne mettaient que plus en relief le tranchant de rares et fortes qualités.

Bourneville fut avant tout victime de sa sincérité. Il poussa la foi politique jusqu'à l'absolu. Il la servit en « radical », et ce radicalisme l'imprégna toute sa vie en le *lançant* tout entier, aussi bien au service de ses amis que contre ses adversaires : de là de grandes amitiés, dont la mort de Charcot lui ravit la plus puissante ; de là de nombreuses inimitiés qui n'eurent plus tard aucun mérite à s'acharner contre lui. Bourneville ignorait les nuances : c'était une main de fer que n'accommodait pas un gant de velours. Il était dur pour lui-même. Il fut pleinement, envers tous et dans les circonstances les plus pénibles, un homme courageux.

Il y a plus de vingt ans de cela, dans un de ces moments d'expansion que Bourneville réservait à ses rares intimes et où, dans ces derniers temps, je surpris parfois une larme, il me donnait ce conseil : « Assurez d'abord votre « indépendance, ne faites pas ce que j'ai fait ». C'est que, hélas ! une fatalité par trop injuste n'a pas permis à Bourneville d'assurer la sienne. Ce grand initiateur, qui a tant créé au profit de tant d'autres, est mort dans la pauvreté. Par son influence sur ses amis de la première heure, il sut réunir d'énormes capitaux pour fonder trois œuvres différentes : les *Archives de Neurologie*, le *Progrès médical*, l'*Institut médico-pédagogique*. De ces trois œuvres, les deux dernières prospèrent aujourd'hui en d'autres mains ; et il n'a pas dépendu d'amis dévoués et désintéressés que les *Archives* ne survécussent de telle ou telle façon à la mort de Charcot ainsi qu'aux malheurs ou à certaines erreurs de Bourneville. Et Bourneville est mort pauvre : *sic vos non vobis mellificatis apes !* Que ce soit son excuse, si ce n'est pas sa gloire !

Et que deviendront ces autres fruits d'une autre convic-

tion passionnée : les *écoles municipales d'infirmières des hôpitaux* ? A ce propos, un éminent destinataire que je ne suis pas autorisé à dévoiler, recevait le lendemain des obsèques du défunt, les lignes suivantes, que lui adressait une jeune diplômée des Ecoles municipales des Hôpitaux de Paris :

« Je rentre à la maison et longuement je songe ; je pense à tout « ce qui vient d'être dit — oh ! très bien, par certains — sincères « ou non, je ne sais pas (*il ne faut jamais chercher à approfondir « les manifestations des foules, c'est si triste et si noir au fond* !)

« Mais ce qui m'a navrée, tellement plus que je ne saurais le « dire, c'est l'enfouissement de cette petite boîte, si petite, dans ce « mur, dans ce petit trou qu'on cherchera et qu'on découvrira « avec peine quand une pensée émue voudra aller, devant, se « recueillir un peu.

« Tous, cet après-midi, vous avez rendu hommage à celui qui « n'est plus maintenant qu'un peu de cendres blanches. Tous « vous avez dit qu'elle avait été sa vie de labeur et de travail opiniâtre et acharné, tous vous avez, *semble-t-il*, déploré sa perte « et pas un n'a eu l'idée, pas un n'a eu la pensée d'ouvrir une « souscription pour offrir à ses cendres, en leur apaisement dernier, un coin de terre où l'âme généreuse de celui qui n'est « plus s'épanouirait à jamais.

« Il a été fait beaucoup depuis son initiative — loin de moi la « pensée de ne pas reconnaître tous ces efforts, mais il semble « que les infirmières eussent eu là un beau geste qui aurait été « comme un suprême hommage de leur reconnaissance envers « celui qui n'est plus. » *Signé* : J. C.

Et je crois savoir quelle fut la réponse de l'éminent destinataire, c'est-à-dire : qu'il ne faut pas trop compter sur l'initiative du personnel des hôpitaux, qui ne sait pas tout ce que Bourneville a fait pour lui, mais que les professeurs des écoles municipales.... et, à leur suite, le personnel....

Eh bien ! oui, les professeurs des écoles municipales d'infirmières se joindront à bien d'autres pour honorer comme il convient la mémoire du vénéré fondateur des écoles. Mais laissons refroidir des cendres à peine éteintes et qu'on permette à de sincères regrets qui ne craignent point l'oubli de se recueillir un peu. CORNET.

MÉDECINE PRATIQUE

Ce que doit manger l'obèse

Par le Dr Félix RAMOND, médecin des Hôpitaux.

Le sort d'Hercule était enviable, puisqu'il n'avait à choisir qu'entre deux chemins, celui de la vertu et celui du vice. L'hésitation de l'obèse est plus angoissante. S'il consulte la plupart des traités de l'obésité, il sera effrayé de la diversité des cures proposées ; les uns conseillent de boire ; d'autres de ne pas boire ; quelques auteurs vantent les effets de la famine, alors que d'autres veulent que leurs malades mangent copieusement ; quelques-uns même, et non des moindres, vont jusqu'à conseiller l'usage des graisses ! Enfin dans un récent traité, d'ailleurs très estimable, on lit en frontispice cette phrase qui doit combler d'aise beaucoup d'obèses dévorants : l'obèse doit manger à sa faim et boire à sa soif.

Devant toutes ces contradictions, que font la plupart des obèses ? Ils renvoient Esculape et Galien dos à dos, et préfèrent se fier aux conseils merveilleux de leurs amis, quand ils ne recourent pas aux cures miraculeuses vantées à la quatrième page de nos grands journaux quotidiens.

Loin de moi la prétention de vouloir départager tout le monde et d'indiquer le régime idéal de tout obèse. Cependant il est possible, je crois, de tracer les grandes lignes d'une diététique générale, qui presque toujours donne des résultats satisfaisants (1).

Qu'est-ce que l'obésité, en effet ? Que l'on admette ou non toutes les idées de Bouchard, on est obligé en toute franchise de considérer l'obèse comme un ralenti de la nutrition ; et je ne parle ici que de l'obèse vigoureux, réservant pour plus tard le traitement de l'obèse malade. D'une façon générale, l'obèse floride est un ralenti partiel, assimilant admirablement bien les albuminoïdes, beaucoup moins les hydrates de carbone, et presque pas les graisses. Il brûlera donc complètement les viandes, mais mettra en réserve, sous forme de graisses, la plupart des autres aliments. Dans ces conditions, le régime de tout obèse consistera à prendre beaucoup de viande, qui n'engraissera pas, tout en fournissant une forte dose d'énergie, peu d'hydrates de carbone, et le moins possible de corps gras, qui engraissent considérablement. Comme ce régime donne beaucoup de déchets azotés, il sera nécessaire de boire abondamment, afin de tenir la diurèse à un taux convenable. Mais la boisson sera peu alcoolisée ; car l'alcool est un engraissant actif par sa composition chimique, et aussi par son influence sur le foie, organe principal de la stéatogenèse. Les liquides seront pris surtout en dehors des repas, afin de ne pas trop aiguiser l'appétit. Ainsi alimenté, l'obèse ne souffrira ni de la faim ni de la soif, et cependant il maigrira progressivement, sans en éprouver de fatigue.

Toutes les viandes seront permises ; néanmoins les viandes maigres (bouilli, beefteack, faux filets, rumsteack, côtes et côtelettes maigres, gigot, aloyau ou fricandeau, volailles, gibier, poissons) seront préférées aux viandes grasses (filet, entrecôte, poitrine de veau, côtelettes grasses, porc frais, jambon gras, boudin, foie en conserve). Ces viandes seront prises rôties ou grillées de préférence. L'obèse supporte très bien ce régime carné ; il n'est même pas rare de voir des urines fortement uratiques devenir claires sous l'influence de cette alimentation.

Parmi les légumes, il faut donner la préférence à ceux qui renferment le moins d'hydrates de carbone ; tous les légumes verts, la pomme de terre qui n'en contient que 15 à 20 %, voire la carotte, le navet, le chou-rave, l'endive, et même la châtaigne plus riche cependant et moins à conseiller. En revanche, il faut proscrire autant que possible les féculents, lentilles, pois et haricots secs, pâtes alimentaires, riz, et enfin et surtout le pain, dont usent et abusent la majorité des obèses. Les fruits, quoique sucrés, n'engraissent que fort peu, surtout pris à l'état de crudité ; ils sont même parfois d'une grande utilité chez l'obèse très gros mangeur.

Enfin les graisses, sous toutes formes, seront proscrites ; l'emploi du beurre en particulier sera étroitement surveillé. Au besoin le médecin ne négligera pas d'expliquer à la cuisinière que tous les aliments doivent être préparés avec la plus petite quantité de beurre possible.

Jusqu'ici j'ai omis de parler de deux aliments courants, le lait et les œufs. Les œufs renferment beaucoup de graisse ; ils sont à déconseiller en principe ; le lait contient également une certaine quantité de corps gras et de lactose. Cependant, soigneusement écrémé, il pourra être pris modérément. Nous verrons plus tard que ces principes généraux, bons pour l'obèse robuste, ne s'appliquent pas toujours dans leur intégralité à l'obèse malade.

(1) Pour les détails, voir le *Traité de l'Obésité* d'OULMONT et RAMOND. Doin, édit. 1907.

REVUE DES JOURNAUX

Cultures du microbe de la syphilis sur sérum de cheval.

On sait que le spirochète pâle, considéré comme l'agent pathogène de la syphilis, n'a pu encore être cultivé *in vitro*. Dans une communication préalable, M. J. Schereschewsky (*Deutsche med. Woch.*, 13 mai 1907) dit avoir résolu ce problème de la façon que voici :

On prend du sérum de cheval, on le chauffe à 60°, jusqu'à ce qu'il ait acquis une consistance gélatineuse, puis on lui fait subir une autolyse partielle en le plaçant, pour trois jours, à l'auclave, à une température de 37°. Il est alors prêt à l'ensemencement. Dans un tube en verre, muni d'un bouchon de liège, on introduit un fragment de papule ou de condylome syphilitique et, après avoir rempli le tube aux deux tiers, de sérum de cheval préparé comme il vient d'être dit, on le tient à une température de 37°. Au bout de trois à cinq jours, l'examen microscopique décélerait, dans le sérum ensemencé de la sorte, des cultures aussi nombreuses que caractéristiques du spirochète pâle.

Régime lacté et régime déchloruré dans la diététique des affections rénales. Leurs dangers, leurs indications.

Somme toute, il faut être extrêmement prudent, et surtout il ne faut pas être systématique à l'excès dans l'application des régimes alimentaires aux néphrites, et les quelques grandes indications de ces régimes peuvent, selon moi, se résumer de la façon suivante :

Dans les néphrites aiguës, il faut toujours avoir recours au régime lacté absolu. Mais dans les néphrites chroniques, il faut distinguer plusieurs catégories de faits : si la perméabilité rénale est normale, même pour les chlorures, dans les albuminuries mal classées, les albuminuries orthostatiques, les albuminuries par débilité rénale, il est inutile et même nuisible de prescrire un régime exclusif, et spécialement le régime lacté, et il suffit des prescrire au malade une alimentation suffisante ; dans les néphrites chroniques hydropigènes, avec rétension chlorurée, mais sans imperméabilité rénale et avec élimination normale des autres substances et spécialement des substances azotées, il faut prescrire le régime déchloruré le plus large, avec viande ; mais dans les néphrites chroniques urémigènes, où il y a non seulement rétention des chlorures, mais rétention des autres substances et spécialement l'urée, il faut avoir recours à un régime déchloruré, avec un peu de sel au besoin, mais sans viande, c'est-à-dire un régime lacto-végétarien, qu'on entrecoupera de temps en temps par des périodes de régime lacté. (Castaigne, *La Clinique*, 28 mai 1909, page 337.)

La thiosinamine comme moyen de traitement du tabès.

M. G. J. Muller a expérimenté la thiosinamine d'une manière systématique dans 11 cas de tabès, en injectant tous les deux jours, et chez quelques malades, tous les jours, 1 cc. de la solution suivante :

Thiosinamine...............	ââ 10 gr.
Glycérine..................	
Salicylate de soude..........	20 gr.
Eau distillée q. s. pour.......	100 gr.

Pratiquées dans l'épaisseur des muscles fessiers, ces injections sont presque complètement indolores et ne donnent lieu ni à la formation d'abcès, ni à des phénomènes d'intoxication.

La médication aurait fait disparaître : des douleurs fulgurantes, des crises gastriques, des crises vésicales et rectales, des troubles vésicaux, etc. Elle aurait eu un résultat nul sur l'ataxie et sur les manifestations objectives du tabès. (*Semaine médicale*, 26 mai 1909, p. 247.)

Le zymodiagnostic.

Le zymodiagnostic se propose le but suivant : faire le diagnostic cytologique d'un épanchement, non par la composition morphologique des cellules qu'il contient, mais par les ferments caractéristiques des éléments cellulaires que l'épanchement contient. Les polynucléaires contiennent, après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, un ferment qui digère l'albumine, tandis que ce ferment fait défaut dans les lymphocytes, ceux-ci étant aptes à d'autres fonctions et d'ailleurs élaborant un ferment capable de dédoubler les graisses.

Rien de plus simple que la technique. L'exsudat séro-fibrineux est centrifugé ou laissé déposer pendant quelques heures. Le dépôt est ensuite recueilli, avec le moins possible de liquide séreux, à l'aide d'une pipette. S'il s'agit d'exsudat suppuré, il n'est pas nécessaire de faire déposer et le liquide peut être recueilli tel quel. La pipette contenant quelques gouttelettes du culot est portée dans un tube de sérum de bœuf coagulé (même milieu que pour la culture diphtérique) ou plus simplement sur un œuf dur. Pour l'œuf dur, nous conseillons un œuf pas trop cuit et frais ; à l'aide de la lime, dessiner une couronne, de façon à décalotter un pôle de l'œuf (en deux ou trois essais, on réussit cette délicate manipulation). Un pôle de l'œuf décalotté de sa coque, en trancher une partie avec un couteau tranchant, déposer le culot de centrifugation sur la surface ainsi régularisée, remettre la calotte et porter à l'étuve. De la sorte, l'œuf ne dessèche pas trop. Ce bon milieu de digestion, essentiellement pratique, nous a fourni de magnifiques résultats.

Les ensemencements sont pratiqués à l'aide de fines gouttelettes du dépôt ou du dépôt de centrifugation. Puis œufs et tubes sont portés dans une étuve à 55° pendant 24 heures. On peut remplacer cette étuve par un bain-marie, facile à réaliser avec un matériel de cuisine.

Durant ces 24 heures, les éléments microbiens ne peuvent se développer sur les milieux à cause de la haute température, tandis que les ferments ne sont pas entravés dans leur action. Celle-ci ne tarde pas à se manifester.

Si le liquide déposé contient des polynucléaires, le ferment protéolytique traduit sa présence par une liquéfaction et une protéolyse du milieu d'albumine coagulé. On voit se dessiner des capsules de liquéfaction sur tous les endroits ensemencés. Par contre, s'agit il d'un exsudat à lymphocytes, d'un pus tuberculeux, d'un exsudat mécanique, cette réaction fait entièrement défaut, l'albumine conserve la régularité de sa surface. (Noël Fiessinger et Pierre-Louis Marie, *Journal des Praticiens*, p. 363.)

De l'emploi des empreintes plantaires chez les accidentés du travail.

L'on prend une feuille de papier de dimensions voulues pour que le pied puisse s'y imprimer dans toute sa longueur et sa largeur ; on la passe au-dessus d'une flamme fumante, le rat de cave, le camphre donnant un très bon résultat à cet égard. Quand elle est noircie à peu près uniformément, on l'étale par terre et on recommande au blessé de poser le pied sur elle. Il est nécessaire de faire l'épreuve symétrique du pied sain, par conséquent il devra se tenir debout posant sur deux feuilles séparées. Il faut lui recommander de placer d'abord le pied sain, pour appuyer autant que possible de tout son poids sur le pied malade, en le soutenant, s'il le faut. Lorsque les deux empreintes sont prises, on les vernit à la teinture de benjoin et les feuilles se conserveront tant qu'on le désire.

En examinant les empreintes laissées par la plante du pied sur la feuille et qui se traduisent par les parties blanches où le pied a enlevé le noir de fumée, plus ou moins suivant la pression plus ou moins forte, on se rend compte du mode d'appui, de son étendue, de son intensité et en comparant l'empreinte du côté sain, de toutes les différences qui peuvent exister.

Dans toutes les lésions du squelette du pied avec troubles de la statique de ce dernier, dans toutes les déviations dues à des déformations, soit du cou-de-pied, soit de la jambe, les empreintes plantaires se modifient et nous permettent, par leur étude comparée avec le côté sain, des déductions cliniques et thérapeutiques importantes.

L'examen des empreintes plantaires permet aussi de se rendre compte des progrès de la statique du pied en comparant l'empreinte du côté malade avec celle du côté sain et en constatant que l'une se rapproche peu à peu de l'autre.

(Schwartz, *Journal des praticiens.*)

Dr Francis.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Présentation du Prof. d'ARSONVAL.

Traitement des nævi par l'électrolyse et le radium combinés. Dr *Foveau de Courmelles.* — Les longues irradiations de sels de radium à un million ou 1.500.000 activités sont nécessaires pour la disparition des nævi, mais on peut vulgariser ce traitement efficace en faisant de l'électrolyse positive par aiguilles multiples avant l'application du radium, qui peut devenir simplement un vernis radifère, 5 mgr. à 100.000. Alors que le bromure de radium, 5 cgr. à un million, à travers l'aluminium mince, ne donnait qu'une petite desquamation épidermique après 5, 8 ou 10 jours, et que l'électrolyse seule n'en donne nullement : par la combinaison des deux méthodes, et avec 5 mgr. de bromure de radium en vernis à 100 000 on obtenait, 3 ou 4 jours après, une squame épaisse, une escharre.

Par comparaison avec un grand nombre de cas traités simplement par les sels de radium ou par des régions sur le même individu soumises au radium seul ou au radium et à l'électrolyse, on peut dire qu'on diminue ainsi en général la durée du traitement de moitié. On a ouvert les pores de la peau et permis la pénétration plus complète des rayons α, β, γ, et surtout des rayons α, dont l'activité thérapeutique, habituellement négligée, serait ainsi utilisée.

L'inclusion, dans les tumeurs, de sels de radium donne aussi des résultats plus rapides que l'application externe.

Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1909,

La pathologie dans la céramique des anciens Péruviens. — M. *Capitan* présente quatre vases péruviens préincasiques de sa collection et inédits.

Le premier représente une tête d'indien ayant perdu un œil, le second un personnage admirablement modelé aux deux yeux vides. Il s'agit vraisemblablement de la figuration de cas de panophtalmies infectieuses et probablement non lépreuses.

Un troisième vase montre un personnage dont le bout du nez semble coupé obliquement ; ses membres inférieurs sont représentés considérablement atrophiés, sous forme de deux petites baguettes.

Un quatrième vase représente un Péruvien couché. Son nez est coupé obliquement. Sa lèvre supérieure montre une large perte de substance. Sur le côté droit du cou une grosse masse est figurée. Les membres inférieurs se terminent en guise de pieds par deux moignons réguliers.

Ces lésions ont donné lieu aux opinions les plus diverses. Les uns y voient la figuration de la syphilis ou de la tuberculose et en ont fait une sorte de lupus. Virchow a pensé à la lèpre. D'autres pensent que de véritables amputations de l'extrémité du nez et de la lèvre supérieure ont été pratiquées parfois pour arrêter la marche progressive de ces lésions. Ce seraient précisément les traces de ces opérations qui auraient été figurées sur les vases. Ils expliquent de même les amputations des pieds représentées sur un des vases.

La question est donc loin d'être résolue.

Sur les avantages de la fabrication mécanique du pain. — M. *Railliet* appelle l'attention de l'Académie sur les dangers que peut faire courir aux consommateurs le pétrissage manuel du pain et, comparativement à ce procédé primitif, il envisage l'emploi du pétrin mécanique, en se basant sur des essais très instructifs qui viennent d'être effectués par le Syndicat de la boulangerie de Paris, sous le contrôle scientifique des professeurs Ringelmann et Lindet. De l'ensemble de ces expériences, il dégage les résultats suivants :

Le pétrin mécanique fournit, tout aussi bien que la main de l'homme, *du beau et bon pain* ; il le produit à un prix beaucoup moins élevé ; il supprime la fatigue excessive du geindre, si propice à l'évolution de la tuberculose ; il donne enfin complète satisfaction aux exigences de l'hygiène.

Les consommateurs sont donc les premiers intéressés à réclamer du pain dont la pâte soit préparée par le pétrin mécanique.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mai.

Diagnostic œsophagoscopique des sténoses cicatricielles de l'œsophage consécutives à l'ulcère rond et des cardiospasmes à forme grave. Traitement. M. *Guisez* rapporte quatre observations : sténoses de nature indéterminée, siégeant près du cardia ; antécédents plus ou moins nets d'ulcère rond. Diagnostic facile par l'œsophagoscope et traitement suivi de guérison. L'auteur a observé sept cas de cardiospasme avec dilatation de l'œsophage ; dans cinq cas, le tableau clinique était celui du cancer ; diagnostic avec œsophagoscope et traitement par dilatation progressive avec des bougies et le ballon de Gottstein ; amélioration notable, et, dans quelques cas, guérison définitive.

Séance du 28 mai.

Rhumatisme articulaire aigu mortel. Hémoculture négative, présence de bacilles dans les viscères. — MM. *Thiroloix* et *Debertrand* : Le malade présenta de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales avec expectoration hémorragique ; mort par syncope. Résultats négatifs de l'hémoculture ; bacilles d'Achalme dons les crachats. Autopsie : pleurite, médiastinite séro-hémorrhagique, péricardite, bronchite sans lésions pulmonaires ; le bacille fut trouvé dans les viscères atteints cliniquement par la phlegmasie.

Toxicité de l'adrénaline en instillation nasale. — M. *Lermoyez* et *Aubertin* ont fait cette étude expérimentale chez le lapin. Ils n'ont observé aucune lésion athéromateuse de l'aorte ni d'artério-sclérose viscérale malgré des fortes doses et la longue durée de l'expérience. Les animaux présentaient de l'hypertrophie cardiaque sans lésions rénales, et parfois de l'hyperplasie surrénale totale. Une mort par œdème aigu du poumon. M. Lermoyez met par conséquent en évidence le danger du traitement du rhume des foins par l'adrénaline à fortes doses, surtout chez les artério-scléreux.

M. *Josué* a provoqué de l'œdème pulmonaire avec de fortes doses d'adrénaline en injections sous-cutanées.

M. *Netter* fait observer que l'administration de l'adrénaline par la bouche est inoffensive. Les injections sous-cutanées renforcent l'action du médicament absorbé par voie buccale, mais il faut les espacer, si l'on veut éviter tout danger, l'absorption de l'adrénaline se faisant lentement.

M. *Bernard* a obtenu une amélioration très notable chez une ostéomalacique par des injections sous-cutanées prolongées. Les douleurs ont été calmées, la tension artérielle n'a pas été modifiée d'une façon permanente.

Nævus variqueux ostéohypertrophique à forme disséminée avec hémihypertrophie droite. — MM. *Danlos*, *Opert* et *Flandin* présentent un homme dont le tronc, la face et les membres étaient recouverts de larges nævi rouge vif en nappes ou en taches disséminées ; dilatations veineuses sur la face antérieure du thorax et du côté droit de l'abdomen, varices des membres inférieurs. Il existe en plus une hémihypertrophie droite.

Ces hypertrophies partielles peuvent revêtir les formes suivantes :

1° Hypertrophie partielle simple, étendue, uniforme, sans lésion cutanée, nerveuse ou vasculaire ; forme rare ;

2° Eléphantiasis lymphatique congénital, limité souvent à l'extrémité d'un membre ;

3° Trophœdème chronique, œdème sans hypertrophie osseuse ;

4° Neurofibromatoses hypertrophiques localisées ;

5° Nævus variqueux ostéohypertrophique de Klippel et Trénaunay.

Sporotrichose cachectisante mortelle. — MM. *de Beurmann* et *Gougerot* rapportent deux observations, recueillies à l'Hôtel-Dieu du Creuzot par Lagoresse et Brian : lésions nombreuses et très diverses : gommes sous-cutanées, grands abcès, localisations ostéoarticulaires, *oculaires et épididymaires*. Malgré le traitement iodoioduré, exitus en 18 et 28 mois.

Action des cures d'altitude. — M. *Kuss* a étudié les modifications des fonctions respiratoire et circulatoire et des échanges intraorganiques pendant un séjour prolongé à une haute altitude (1.050 mètres et 4.350 mètres) et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° On ne peut accepter l'hypothèse d'une stimulation des combustions intraorganiques par le climat de la haute montagne ; les combustions respiratoires sont les mêmes qu'en plaine.

2° Augmentation peu considérable de la ventilation pulmonaire.

3° Le travail musculaire et surtout la marche déterminent une augmentation du débit respiratoire et constituent la méthode de choix pour rendre perméable à l'air un poumon atélectasié ou adhérent.

4° La néoformation des globules rouges est minime.

5° Les inhalations d'oxygène en haute altitude combattent le mal de montagne, n'influencent les mouvements respiratoires que transitoirement, mais diminuent la tachycardie due à l'altitude.

6° L'acclimatation à l'air raréfié des altitudes est un phénomène d'accoutumance des centres nerveux à l'anoxyhémie.

Adénopathie trachéobronchique tub. et induration du sommet traitée par l'exercice physiologique respiratoire. — *M. Rosenthal.* — A un traitement par le cacodylate de phosphore, qui produit un relèvement de la pression artérielle sans augmentation de poids, l'auteur substitua l'exercice respiratoire et obtint une augmentation de poids très notable.

Typhus exanthématique importé d'Algérie. — *M. Pissavy* a observé un cas de typhus exanthématique importé de Batna (Constantine). Evolution rapide, convalescence prompte. Pas de contagion malgré l'isolement tardif, ce qui tend à confirmer l'opinion de Netter : que la maladie se transmet par les parasites, la contagion étant très forte dans les milieux pauvres et très atténuée dans les milieux aisés.

Séance du 4 juin.

Un cas de paralysie ascendante aiguë de Landry. — MM. *Guillain* et *Troisier.* — Un jeune homme, après des engourdissements dans les membres inférieurs, ne peut plus se lever, et trois jours après, la paralysie gagne les membres supérieurs. A l'examen : paralysie presque complète des membres, abolition des réflexes ; aucune douleur à la pression des muscles et des nerfs, aucun trouble de la sensibilité ; température normale. Examen hématologique négatif, pas de réaction méningée. Dix jours après le début, dyspnée d'origine bulbaire, mort en pleine connaissance. A l'autopsie, aucune lésion méningée ou médullaire. Cette paralysie, survenue sans fièvre, sans infection ou intoxication décelable, permet d'admettre l'hypothèse d'une intoxication du système nerveux par un poison ou un virus inconnu, qui atteint par la voie lymphatique ascendante les différents étages de la moelle et du bulbe.

Les dermopathies rhumatismales : chéloïdes présternales, livedo annularis, pseudo-lipome sus-claviculaire. camptodactylie, etc., rhumatisme tuberculeux et induration tuberculeuse du sommet. — M. *Milian* montre une malade atteinte de rhumatisme chronique tuberculeux, qui présente des manifestations pathologiques cutanées et sous-cutanées multiples : kéloïdes présternales, livedo annularis, œdème blanc et lisse péri et juxta-articulaire, pseudo-lipome sus-claviculaire, sudation des mains et des pieds. Il existe en outre de la camptodactylie et de l'hallux valgus. La nature tuberculeuse des kéloïdes est à peu près admise sans conteste, car il y a eu des inoculations au cobaye avec résultat positif. Le livedo est considéré par tous comme une manifestation scrofulo-tuberculeuse.

L'œdème péri-articulaire, d'aspect comparable au pseudo-lipome sus-claviculaire, autorise à créer une nouvelle variété de tuberculides, les tuberculides œdémateuses, qui permettent de comprendre comment il est possible que les œdèmes évoluent vers la sclérose ou le lipome, modalités anatomo-pathologiques réalisables par la tuberculose.

Le sommet droit du poumon, à l'auscultation comme à la radioscopie, est nettement atteint d'induration tuberculeuse. L'intradermoréaction à la tuberculine a été positive. La réunion de tous ces accidents chez un même sujet plaide en faveur de leur nature identique.

Ostéomyélite gommeuse sporotrichosique primitive. Abcès intraosseux du tibia. — MM. *de Beurmann, Gougerot, Vernes* présentent le malade et les radiographies : lésions de la partie inférieure du tibia gauche ; trois foyers de suppuration intraosseuse ouverts sans douleurs au dehors. En présence d'une lésion osseuse, il faut toujours penser à la sporotrichose et faire l'épreuve de la sporoagglutination. Si l'examen est positif, le simple traitement ioduré guérit le malade.

Myatonie congénitale avec autopsie. — MM. *Lereboullet* et *Baudouin* ont fait l'autopsie d'un enfant mort d'infection bronchopulmonaire, et qui avait présenté, à l'entrée, une myatonie prédominant aux muscles du cou et de la tête, qui était absolument ballante. Pas de lésions des centres nerveux, mais lésions indiscutables des muscles du cou : inégalité des fibres musculaires prolifération nucléaire, régression des fibres. Ces lésions sont légères et réparables et le pronostic de la maladie serait relativement favorable n'était la facilité de l'infection bronchopulmonaire chez ces malades.

Pouls lent permanent rapidement guéri par le traitement antisyphilitique. — MM. *Ramond* et *Lévy-Bruhl* rapportent l'observation d'un homme, 30 ans, syphilitique probable depuis 10 ans, qui, à la suite d'un traumatisme thoracique, présenta du pouls lent permanent, du vertige et des syncopes. L'épreuve par l'atropine démontra que les symptômes n'étaient pas sous la dépendance d'une irritation du pneumogastrique, et le traitement mercuriel intensif amena en un mois un pouls normal. Les vertiges persistèrent plus longtemps, quoique atténués.

Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical. — MM. *Balzer* et *Mouneyrat* présentent l'étude d'un nouveau dérivé la « benzolsulfone paraaminophénylarsinate de soude (ou plus simplement « hectine ») destiné au traitement de la syphilis sous toutes ses formes.

Ce nouveau corps, tout en paraissant plus actif que les arsenicaux déjà connus, est beaucoup moins toxique que l'atoxyl et ses dérivés ; en outre, contrairement à ce dernier, il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'œil.

Il peut être administré par la voie hypodermique ou par la voie buccale, seul ou en combinaison avec le mercure (il s'associe en toutes proportions avec les sels solubles de mercure sans précipiter, ce que ne peut pas faire l'atoxyl) ; quoiqu'il en soit, l'administration de ce nouveau dérivé est toujours très facile et la tolérance parfaite. Des observations rapportées, ce nouveau corps semble appeler à rendre de réels services dans le traitement de la syphilis d'une manière générale, et particulièrement de la syphilis secondaire, dans la syphilis tertiaire avec gommes ou ulcères et dans les cas rebelles, où il devient nécessaire de varier les médications pour les faire tolérer pendant des cures très longues.

Les auteurs ont administré ce nouveau dérivé aux doses de 10 à 20 centigrammes par jour, et de deux à huit centigrammes chez l'enfant, cela pendant 10 ou 15 jours de suite avec temps égal de repos. On peut donner des doses beaucoup plus fortes, le corps étant très peu toxique, mais elles sont inutiles. Dans la plupart des observations rapportées, une série de 10 ou 20 injections ont suffi pour une cure.

Pleurésies séro-fibrineuses traitées par injections sous-cutanées de liquide pleural Résorption de l'épanchement. — MM *Enriquez*, *Durand* et *Weill*, avec quelques injections de liquide pleural (1 à 2 c. c.) ont obtenu la résorption des épanchements.

Injections intra-musculaires de strophantine. — M. *Barié* fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MEDECINE MENTALE

Séance du 17 mai 1909. Présidence de M. MAGNAN.

Guérison tardive d'états confusionnels graves. Présentation de deux malades. — M. *Legrain* présente deux malades guéris d'états graves ayant duré fort longtemps et ayant présenté l'aspect clinique classique des confusions et des démences précoces qui comportent un pronostic fatal. Cette présentation a pour but de recommander une grande réserve en matière de pronostic.

Le premier malade est interné depuis 5 ans. Il a traversé pendant quatre ans sans arrêt une phase caractérisée par de la confusion absolue, de l'automatisme ambulatoire, du mutisme réactionnel, des hallucinations multiples, ordinairement pénibles, le tout entrecoupé d'épisodes aigus avec fièvre. Le malade est totalement guéri depuis six mois.

Le second malade, âgé de 24 ans, a présenté tous les signes ordinaires de la démence précoce pendant deux ans : cérébration lente, pénible, écholalie, échopraxie, affaiblissement massif des facultés, troubles affectifs, actes niais et enfantins, catatonie, attitudes stéréotypées, tics, etc., etc.

Ce malade est guéri depuis un an, s'occupe à des travaux minutieux de bureau, sans présenter la moindre trace de désarroi cérébral.

M. Legrain cite un cas de mélancolie sénile qui avait fait porter le diagnostic de démence incurable. Ce diagnostic eut de terribles conséquences. La personne chargée d'administrer les biens de la malade en profita pour se les approprier. La malade guérit au bout d'une dizaine d'années. Elle vit encore en liberté et, privée désormais de moyens d'existence, elle dut être recueillie et secourue par des amis.

Mal perforant buccal chez un paralytique général. Démence traumatique et démence paralytique. Présentation de deux malades.—M. *A. Marie*, de Villejuif, présente un cas de mal perforant buccal double chez un paralytique général avancé et spécifique ; il rappelle à ce sujet plusieurs cas analogues qu'il a précédemment recueillis et dont il présente les moulages.

M. *A. Marie* présente également un cas de démence traumatique précoce pris au début pour une démence paralytique. L'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif à tous les points de vue et la démence subsiste stationnaire depuis 12 ans (négativisme, logorrhée incohérente et inégalité pupillaire, sans signe de A. Robertson).

Le foyer d'encéphalite localisée correspondant au trépan et au traumatisme ancien suffit à expliquer les symptômes : ceux-ci furent précédés d'une apparente guérison post-opératoire de plusieurs mois (de 1894 à 1896).

Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de 19 ans ; début à l'âge de 14 ans. Présentation de malade. — M. *Pactet* présente un jeune malade de 19 ans chez qui l'on constate l'existence d'un syndrome paralytique s'accompagnant de paraplégie spasmodique. Les accidents ont débuté à l'âge de 14 ans et ont suivi une marche régulièrement progressive pour arriver à la situation clinique qu'on observe aujourd'hui : affaiblissement intellectuel, absence de délire, état permanent d'euphorie, embarras de la parole, inégalité pupillaire, signe d'Argyll Robertson, incertitude de la marche, exagération considérable des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde. Les réflexes plantaire, abdominal, crémastérien sont normaux ; les réflexes palmaire et bicipital sont légèrement exagérés.

Quel diagnostic convient-il de porter chez ce malade ?

La conservation d'un certain degré d'activité psychique spontanée et consciente, la persistance de l'émotivité, des sentiments affectifs, l'absence d'impulsions motrices, excluent le diagnostic de démence précoce ; malgré l'absence de lymphocytose, il s'agit très vraisemblablement, dans ce cas, de paralysie générale, sans qu'il soit possible toutefois de préciser, par la clinique seule, la nature des lésions encéphaliques *diffuses* qui tiennent sous leur dépendance, la production du syndrome.

M. *Marchand*.— L'absence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien infirme plutôt le diagnostic de paralysie générale.

M. *Pactet*.— L'absence de lymphocytose n'est pas une raison suffisante pour rejeter le diagnostic de paralysie générale ; sa valeur, en l'espèce, n'est pas absolue. N'a-t-on pas vu des méningites évoluer sans lymphocytose et, par contre, des suppurations banales de la peau donner lieu à sa production ?

Un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage. — Présentation de malade. — M. *Leroy* présente une femme de 54 ans, ayant déjà eu deux accès de mélancolie, qui a eté internée récemment pour un troisième accès avec tentative de suicide par le gaz d'éclairage. Cette intoxication ne fut connue que quinze jours après, à la suite d'une visite du mari, car la malade en avait perdu complètement le souvenir. A cette époque, elle avait encore des symptômes névritiques caractérisés par des douleurs intolérables dans le dos et dans les membres supérieurs, de l'impotence fonctionnelle des mains et une amnésie rétro-antérograde des plus nettes. Elle ne gardait aucun souvenir des préparatifs du suicide, non plus que des faits postérieurs à l'intoxication. L'amnésie rétrograde disparaît subitement au bout de 25 jours, et l'amnésie antérograde s'efface au bout de 36 jours.

M. *Briand* rappelle un cas similaire publié par lui autrefois et, tout en affirmant que l'amnésie est la règle pour les cas graves d'intoxication par l'oxyde de carbone, doute que la mémoire revienne spontanément.

M. *Legrain* fait observer que le cas de M. Leroy fait, comme tant d'autres, illusion sur le rétablissement complet des ponts entre la vie ancienne et la vie actuelle. Il croit que l'intégralité de ce rétablissement est un mythe. Très habilement, les malades arrivent à se tromper eux-mêmes, grâce à quelques associations d'idées ou de faits qui le plus souvent leur sont suggérés, mais en fait, il reste toujours des lacunes plus ou moins profondes. La restitution spontanée doit être d'ailleurs l'exception, si même elle est possible. M. Legrain croit que, le plus souvent, dans les cas de ce genre, les souvenirs sont reconstitués par le secours des tiers, mais que les malades n'ont pas réellement la notion du fait accompli.

(*A suivre*). Dr de Clérambault.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 27 mai.

Hygroma du genou chez les écuyers. — M. *Toussaint* rapporte l'observation d'un écuyer de Saint-Cyr qui présentait un hygroma volumineux à la face interne de chaque genou. Cette affection fut traitée chirurgicalement par la dissection de la poche et l'extirpation. L'intérêt de l'observation réside dans ce fait que, dans un des hygromas, la membrane était très épaisse : c'était une véritable coque fibro-cartilagineuse.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. *Granjux*. — La fièvre typhoïde relève de deux origines : l'infection et l'autogenèse de l'infection, c'est-à-dire l'invasion de l'organisme par le bacille typhique se fait, soit par les voies digestives (eau, légumes, lait), soit par les voies respiratoires (émanations et poussières fécales). Sauf à l'hôpital, elle est rarement due à la contagion.

L'autogenèse, c'est-à-dire la transformation des saprophytes de l'intestin en germes pathogènes est, suivant l'auteur, une des causes les plus fréquentes de la dothiénenterie dans le milieu militaire.

Qu'elle soit due, comme le croit Spencer, à la transformation du B.-coli en Eberth ou à toute autre cause, cette autogenèse se produit sous l'influence de trois facteurs principaux : la chaleur, le surmenage, l'encombrement.

De tous les exemples que cite M. Granjux à l'appui de sa thèse, un des plus intéressants est celui qui est fourni par les colonnes ayant opéré dans le Haut-Guir (Sud-Oranais). De ces colonnes, l'une, ayant peu fatigué, resta indemne ; quant aux deux autres, celle de Colomb-Béchar, qui travailla à l'aménagement du camp, et surtout celle de Bou-Denib, qui fut soumise à des veilles prolongées de jour et de nuit, présentèrent des atteintes nombreuses de fièvre typhoïde.

M. *Schneider*, tout en reconnaissant qu'il ne faut pas négliger l'importance du rôle de la contagion interhumaine dans la production de la fièvre typhoïde, se déclare surtout partisan de l'étiologie hydrique. Il en donne de nombreux exemples en relatant les épidémies observées à Cherbourg, Lorient et Verdun ; mais, le plus frappant de tous est fourni par celui de la garnison de Paris.

Avant 1886, les troupes casernées à Paris ne consommaient que de l'eau de Seine. A partir de cette année, l'autorité militaire obtint qu'on mît à la porte de chaque caserne une borne-fontaine d'eau de source, de plus, on distribua aux hommes, d'une façon constante, de l'eau bouillie aromatisée de thé ; quelques années plus tard, enfin, l'eau de source pénétra dans les casernes, et remplaça définitivement l'eau de Seine. Voici

les résultats dus à l'amélioration du régime des eaux, tandis qu'en 1885, on observait 1245 cas de fièvre typhoïde (soit une proportion de 27,2 %) avec 132 décès ; en 1907 on n'en comptait plus que 84 cas, (2,16 % avec 17 décès) et en 1908, 70 cas avec 14 décès. Ces chiffres sont concluants.

M. ***Manceaux*** insiste sur l'importance des cas frustes qui n'attirent pas l'attention, et qui. selon lui, joueraient un rôle dans la propagation des épidémies.

L'hémoculture systématique permettrait peut-être de les déceler. Quoi qu'il en soit, le moyen prophylatique le meilleur consiste à isoler d'emblée tout fébricitant en le prenant à l'infirmerie.

Le même auteur attire l'attention sur le rôle des mouches ; ce sont, en effet, les hommes du train, de l'artillerie, de la cavalerie (casernés dans des quartiers où les mouches pullulent) qui sont les plus atteints par la fièvre typhoïde dans l'armée française. On sait, d'autre part, que ce sont les pays à mouches : Midi de la France, Algérie, Tunisie, qui donnent la morbidité typhoïdique la plus élevée. D'après lui, on pourrait dire : épidémie d'hiver, épidémie hydrique ; épidémie d'été, épidémie d'insectes. H. Billet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 mai 1909.

M. ***Dartigues*** rapporte un cas d'utérus gravide de deux mois et demi coïncidant avec des fibromes multiples et un kyste paratubaire, ce qui, au point de vue clinique, donnait toutes les apparences d'une grossesse extra-utérine. La multiplicité des fibromes lui a paru une indication forcée à l'hystérectomie abdominale. Guérison.

Traitement des fistules stercorales par exclusion de l'anse fistuleuse. — M. ***Huguier,*** dans un cas d'anus contre nature consécutif à une hernie crurale sphacélée et étranglée, a procédé en deux temps. Dans un premier temps, il fit, par laparotomie médiane, la section des deux bouts de l'anse fistuleuse, un peu en dedans de leur point de pénétration dans le canal crural, ferma les tranches des bouts qui s'ouvraient à la peau de façon à les exclure de la circulation intestinale et rétablit le circuit digestif en anastomosant les deux autres bouts.

Dans un deuxième temps, lorsque la peau fut redevenue saine, il extirpa les bouts exclus et ferma l'anneau crural.

Ce procédé en deux temps évite l'infection de l'abdomen.

M. ***Cazin***, à propos d'une fistule stercorale ouverte dans le reste d'une poche kystique de l'ovaire marsupialisée, eut recours à une technique analogue, fit dans un premier temps l'exclusion de l'anse fistuleuse et fusionnée avec la paroi du kyste. Six mois après, lorsqu'il procéda à l'ablation de l'anse fistuleuse, il ne trouva plus que quelques vagues débris, recessus infimes de la poche kystique et de l'anse exclue qui s'était presque totalement résorbée.

M. ***Barbarin*** lit un rapport sur un travail de M. Menier à propos des tumeurs primitives de l'ethmoïde. Ces tumeurs sont en général des sarcomes à évolution rapide et pour lesquelles on peut établir un stade nasal — un stade orbitaire — un stade cérébral. Les symptômes sont à peu près nuls et simplement fournis par l'envahissement de la face. Il n'y a aucun symptôme cérébral.

M. ***Bonneau*** donne comme localisations typiques des kystes du poignet : du côté dorsal, l'interstice entre le tendon du deuxième radial et celui de l'extenseur propre de l'index, du côté palmaire, l'interstice entre le tendon du grand palmaire et celui du long supinateur. Il étudie les méthodes de traitement qui se rangent sous 3 chefs : la réduction (brusque ou lente, celle-ci accompagnée de massage vibratoire), le flétrissement (écrasement ou discision sous-cutanée), l'extirpation, qui doit poursuivre le pédicule du kyste jusqu'à la synoviale radio-carpienne, lier et sectionner cette synoviale, et surtout reconstituer par la suture un plan ligamentaire continu de façon à éviter les récidives, assez fréquentes sans cette précaution. Il étudie les indications de chacune de ces 3 méthodes dans les différentes variétés cliniques des kystes du poignet et présente plusieurs modèles de bracelets.

M. Delaunay présente un appendice avec une perforation qui n'avait respecté que le péritoine. Celui-ci, refoulé par le liquide, formait une hernie kystique en imminence de perforation. Ce fait indique les dangers que court le malade atteint d'appendicite tant qu'il n'est pas opéré.

M. Delaunay présente un utérus laissé après ablation des annexes. Le col présente une ulcération cancéreuse. Ce fait indique les dangers qu'il y a à ne pas faire une hystérectomie totale lorsqu'on enlève les annexes et de conserver ainsi un organe inutile et dangereux.

Séance du 28 mai 1909.

De la méthode ambulatoire dans le traitement des fractures de cuisse. — M. ***Dupuy de Frenelle,*** en s'appuyant sur une série d'observations de radiographies, montre : 1° qu'il est possible d'obtenir des réductions voisines de la perfection par la réduction en une séance au cours de l'application des appareils de marche, alors même que l'extension continue est restée impuissante à corriger le déplacement des fragments ; 2° que la marche dans l'appareil n'entraîne pas le moindre déplacement des fragments, même dans les cas les plus défavorables, comme les fractures à trois fragments et les fractures obliques ; 3° que même chez le très jeune enfant et chez le vieillard, il n'a pas observé d'excoriation ; 4° que la méthode ambulatoire est susceptible d'enrayer la marche d'une congestion pulmonaire grave ; 5° que cette méthode permet une guérison anatomique parfaite, rapide (consolidation en 70 jours d'une fracture de cuisse à trois fragments chez un homme de 66 ans) ; 6° que cette méthode permet une guérison fonctionnelle rapide et complète (raid de 20 kilomètres au 6e mois par le même sujet) sans la moindre boiterie ; 7° que cette méthode permet le retour à la forme aussi complet que possible sans œdème ni troubles circulatoires.

M. ***Dupuy de Frenelle*** applique dès les premiers jours l'appareil de Dollinger et Pierre Delbet, renforcé par des attelles d'aluminium, après réduction sous la radioscopie. Il fait de l'électrothérapie des muscles dès les premiers jours par des trépanations faites dans le plâtre ; modifie l'appareil de Dollinger à mesure que la consolidation du cal avance, et remplace cet appareil par un étrier de Sorel dans le courant du deuxième mois. Il attache le plus grand soin à compléter le traitement anatomique des fractures par le traitement fonctionnel, dont l'importance est primordiale.

M. ***Bonneau*** rapporte une observation d'une malade atteinte de chéloïde du cou qui, suivant le conseil des docteurs Brocq et Belot, fut opérée par lui au bistouri et a été soumise au traitement radio-thérapique aussitôt la réunion obtenue, soit 10 jours après l'extirpation. Il tiendra la Société au courant du résultat définitif obtenu par cette formule thérapeutique que Péraire pourra peut-être essayer.

Grosse chéloïde rétro-mastoïdienne. — M. ***Péraire*** présente un enfant de 8 ans 1/2 porteur depuis trois ans d'une *énorme chéloïde cervicale consécutive* à une incision d'abcès. Il demande l'avis de la Société au point de vue du traitement à instituer.

Présentation de malade. — M. ***Péraire*** présente une jeune fille de 21 ans opérée il y a 8 ans, pour un *abcès sous dure-mérien* consécutif *à une otite moyenne purulente aiguë avec antro-mastoïdite droite*. La cicatrice résultant de l'incision cutanée et de l'orifice de la trépanation est *absolument invisible*.

Séance du 4 juin 1909.

De la méthode ambulatoire dans le traitement des fractures de cuisse. — M. ***Loewy*** a toujours obtenu chez l'adulte d'excellents résultats de l'appareil de Hennequin et ne voit que des indications rares pour le traitement ambulatoire des fractures de cuisse. Il conseille, pour la pose des appareils ambulatoires, l'usage du treuil de Hennequin dont l'emploi facilite singulièrement toutes les manœuvres.

M. ***Judet*** a traité deux fractures complètes de la cuisse chez des enfants de 6 et 9 ans par un grand spica plâtré analogue à celui employé pour la coxalgie. La réduction a été obtenue par extension manuelle ; le malade, étant anesthésié et étendu sur un pelvi-support, était muni d'une branche ascendante interfessière qui assurait la contre-extension en appuyant sur le pubis. Le résultat a été parfait dans les deux cas.

M. *Peraire* fait le procès des appareils de marche. Il estime qu'on doit les réserver surtout aux enfants, aux fractures du péroné, aux fractures de jambe sans grands déplacements, leur rôle étant purement contentif. Mais quand il s'agit de fracture de cuisse, l'appareil de Hennequin lui paraît être le meilleur, puisqu'il ne produit ni claudication, ni ankylose, ni arthrite consécutive, puisqu'il permet aux malades de se mouvoir, de s'asseoir et de se coucher dans leur lit ; et les met ainsi à l'abri des complications thoraciques.

Dupuy de Frenelle, en se basant sur quatre cas personnels, montre qu'il est possible d'obtenir d'excellents résultats anatomiques et fonctionnels en associant la méthode ambulatoire au traitement des fractures. Lorsque, vers le huitième jour, la réduction obtenue par l'extension continue est jugée insuffisante, lorsque le sujet indocile supporte mal l'extension continue, lorsque le sujet âgé a tendance à faire de la congestion pulmonaire, lorsque le blessé préfère vivre dans son foyer plutôt qu'à l'hôpital, dans son cabinet de travail plutôt que dans son lit, il y a intérêt à appliquer un appareil de marche.

Un cas de rupture spontanée intravésicale et intra-péritonéale d'un kyste de l'ovaire — M. *Bonamy* relate l'observation d'une femme qu'il a opérée à l'hôpital Gouin d'un kyste gélatineux qui s'était ouvert primitivement dans la vessie et secondairement dans la cavité péritonéale

M. *Pasteau* cite deux cas de kystes déhiscents de l'ovaire ; dans le premier, la rupture se fit au moment même de l'intervention ; dans le second, pendant la palpation de l'abdomen au cours de l'examen de la malade.

Présentation de malades.— M. *Huguier* présente deux malades opérés de s. ina-bifida cervicaux et guéris. Dans un cas, il s'agissait d'une myélocystoméningocèle ; dans l'autre, d'une tumeur solide (fibrome).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 mai 1909. — Présidence de M. BURET, président.

Du lever précoce après les laparotomies et l'accouchement (*suite*). — M. *Dartigues* résume la question et constate que la date moyenne du lever indiquée par les orateurs est 15 jours après la laparotomie, c'est-à-dire qu'on gagne environ 4 à 5 jours dans les cas considérés comme favorables.

Il ajoute, ce qui n'a été dit nulle part, qu'il considère que dans les cas d'inflammations annexielles, on ne doit pas trop se presser de faire lever les malades. De même que les médecins instituent le repos comme première indication dans les phlegmasies pelviennes, et attendent le refroidissement des lésions avant de faire opérer, de même les chirurgiens doivent faire bénéficier, après l'opération détersive et d'exérèse, les malades d'une cure de repos post-opératoire de 20 à 25 jours qui contribue à diminuer l'inflammation et la congestion pelviennes du petit bassin et du péritoine non encore absolument éteintes au moment de l intervention

Des albuminuries d'origine génitale. — MM. *Le Fur* et *Besson* insistent sur des albuminuries d'origine prostatique ou séminale caractérisées par de petites quantités d'albumine (0,10 centigr. à 1 gr.) souvent confondues avec des albuminuries d'origine rénale (physiologique, orthostatique, cyclique), dont l'examen microscopique et le cathétérisme des uretères permettent d'affirmer l'origine et que l'on peut guérir par le traitement rationnel des lésions génitales.

Le chapitre des petites albuminuries dites physiologiques est donc tout entier à reviser.

M. *Boursier* fait remarquer que le terme d'albuminurie génitale est inexact et doit être remplacé par *pseudo-albuminurie*, car il s'agit de sperme ajouté à l'urine et non d'urine vraiment albumineuse.

M. *Georges Rosenthal* a observé, avec M. le Fur, un cas de pseudo-albuminurie génitale atteignant 3 gr. par litre, il pense que certains cas de néphrite albumineuse de Castaigne reconnaissent la même origine.

M. *Lematte* fait observer que toutes les albumines que la chaleur coagule dans l'urine doivent être distinguées, il faut s'entendre sur le mot albumine et séparer la sérine de la globuline. De plus, il est indispensable de préciser le mode opératoire employé pour le dosage de l'albumine.

M *Paul Guillon* signale toute une série de travaux sur cette très intéressante question, parus dans les bulletins des différents Congrès internationaux de médecine d'assurances sur la vie : travail du prof. Stokvis, Amsterdam, 1901 ; Siredey, Paris, 1904 ; Gillet, Berlin, 1906.

Néphrectomie partielle dans le traitement du kyste hydatique du rein. — M. *Nicaise*. — Il s'agit d'une affection bénigne au point de vue des lésions, des symptômes et de la mortalité, et l'auteur prétend qu'on a intérêt à la traiter par des méthodes conservatrices.

Traitement des cicatrices vicieuses et du lupus par la méthode combinée des scarifications et du radium. — M. *Masotti*, de Bologne, expose les résultats qu'il a obtenus dans le service du Dr Danlos à l'hôpital Saint-Louis, par un procédé mixte (scarifications et radium) sur le lupus vulgaire et les chéloïdes.

Ce procédé, qui a déjà été exposé au Congrès de Clermont-Ferrand, lui avait été inspiré par les résultats qu'il avait vu obtenir pour le lupus vulgaire par E. Danlos par un procédé mixte de scarifications et de rayons X.

Il montre en même temps un scarificateur multiple, très facile à employer, surtout quand il s'agit de scarifier une surface étendue ou bien pour faire disparaître les pigmentations dues au radium.

Efficacité de la médication créosotée dans la pneumonie et la broncho-pneumonie. *M. Schoull*, de Nice, pense que dans la pneumonie et la broncho-pneumonie, la créosote combinée à la médication classique est parfois suffisante et permet aux phénomènes morbides de s'amender en général très rapidement ; grâce à ce traitement, la mortalité est presque nulle.

Analyse physique des peptones. — M. *Lematte* souligne l'imperfection des méthodes de chimie biologique. Les procédés de la chimie physique respectent le statisme des liquides. L'auteur désire appliquer la cryoscopie, la réfractométrie et la densimétrie à l'étude du suc gastrique, Il étudie les constantes physiques des peptones. M Lematte a établi des tables qui permettent de calculer la teneur en peptones d'une solution dont on connaît l'indice de réfraction N, le point cryoscopique Δ ou la densité D. Les tables sont réversibles : une constante déterminée permet de trouver les deux autres.

Séance du 29 mai 1909. — Présidence de M. BURET, président.

Des albuminuries d'ordre génital. (*Suite*). — M. *Gillet*. — Le terme d'albuminurie ne doit s'entendre que dans la production au niveau du rein de sérine ou de globuline ; tout ce qui n'est pas ces deux corps ne produit pas une albuminurie vraie, mais une fausse albuminurie ou si l'on veut, une *albuminoïdurie*. S'il y a du sperme, du liquide prostatique dans l'urine, il n'y a pas albuminurie. Du reste, il faut tenir grand compte de la perméabilité rénale. Dans toutes les albuminuries minimes intermittentes, même constantes, il faut chercher du côté de l'appareil génital, d'après M. Le Für. Il faut de plus chercher partout.

M. *Rœser* expose qu'il est nécessaire de faire le diagnostic de l'albuminurie génitale avec l'albuminurie digestive. Celle-ci apparaît sous l'influence de l'absorption en nature d'albumines hétérogènes comme ovoalbumine, caséine ou albumine de la viande. L'organisme les considère comme des corps étrangers et les expulse

Cette albuminurie, variable par sa quantité et par son apparition, se différenciera de l'albuminurie génitale en recueillant l'urine dans la vessie ou même dans l'urèthre.

M. *Castaigne*. — On s'est demandé si la néphrite chronique albumineuse simple, que l'auteur a cherché à isoler, ne rentrait pas dans le groupe des albuminuries génitales. En réalité, il s'agit là de faits très differents, les cas ainsi groupés concernent des malades ayant une albuminurie très abondante d'origine rénale non douteuse, mais sans œdème ni symptômes urémiques et pour cela, on doit séparer ces faits de la néphrite interstitielle et de la néphrite parenchymateuse dont les symptômes et l'évolution sont tout à fait differents.

Des états hemorrhagiques dans la prétuberculose. — M. *E. François-Dainville*, à l'aide d'observations personnelles dues à M.

-Talamon, expose l'importance clinique des états hémorrhagiques cutanés et viscéraux accompagnés de douleurs articulaires qui précèdent quelquefois l'apparition de la tuberculose pulmonaire, et il démontre la nature tuberculeuse de la péliose rhumatismale des anciens auteurs ou purpura rhumatoïde.

Corps thyroïde et sénilité. — M. *Léopold Lévi.* — Parmi les facteurs pathogéniques de la sénilité, une part revient au corps thyroïde. La démonstration s'appuie sur l'analyse clinique. 1° En effet, un certain nombre de signes sont communs au myxœdème et à la sénilité ; par contre, on trouve des phénomènes inverses dans l'hyperthyroïdie. 2° Le traitement thyroïdien en transformant l'hypothyroïdie ou hyperthyroïdie contribue à atténuer ou à faire disparaître un certain nombre de symptômes communs à la sénilité et au myxœdème.

Syphilis atrophique de l'aorte. — M. *Letulle* présente plusieurs observations d'artérite syphilitique atrophique dont l'étude histo pathologique fut pratiquée avec soin.

Dans ces cas, les uns se sont accompagnés de rupture totale ou partielle des parois vasculaires, les autres donnèrent lieu à des dilatations anévrysmatiques. L'auteur fait passer sous les yeux une série de projections microphotographiques ayant trait à ces observations.

Traitement des tuberculeux pauvres par la recalcification. — M. *Paul Ferrier* et Mme *Sidler* communiquent les résultats de leurs recherches sur la cure des tuberculeux par la méthode de *Recalcification.*

Leur statistique, recueillie au dispensaire du Dr Ferrier, porte sur deux années d'observations méthodiques.

Pleuro-tuberculose secondaire et exercices physiologiques de respiration. — M. *Georges Rosenthal* relate l'histoire clinique de deux bacillaires atteints de pleurésie séro-fibreuse. Malgré la persistance de l'hyperthermie, l'exercice de respiration a déclanché au commandement la reprise du poids qui a été considérable, bien que les malades fussent soignés dans la salle commune de l'hôpital. Aucune modification n'avait été apportée dans le régime de ces malades.

ANALYSES

Réaction de Lœwy dans l'insuffisance pancréatique. (Storck. *Nouv. Orléans J.*, 1909, p. 537.)

L'auteur rappelle que Lœwy, instillant de l'adrénaline dans le cul-de-sac conjonctival d'un certain nombre d'animaux, n'a pas vu se produire d'effet appréciable chez les animaux normaux, mais par contre une dilatation pupillaire prononcée chez ceux dont le pancréas avait été enlevé. Le même effet a été obtenu chez les diabétiques, alors que d'autres malades n'ont présenté aucune réaction. Quadro rapporte les observations de 25 malades. La réaction a été négative sur 20 d'entre eux, indemnes de lésion du pancréas. Elle a été positive dans quatre cas de diabète grave et chez un cinquième malade épileptique. La cause de cette réaction est obscure. Unsehill, cité par Mayo Robson et Camidge. pense que l'adrénaline a une action directe sur le pancréas. Dans les 16 cas de Storck, elle a été positive chez 3 malades qui présentaient une lésion pancréatique, et négative sur 13 autres. Il a usé d'une solution d'adrénaline à 1/1000. La réaction survient au bout de 5 à 12 minutes et dure trois à six heures. G. L.

Sur le diagnostic de l'hémiplégie transitoire chez les vieillards ; par Edgeworth. (*The Pratictionner*, mai 1909.)

L'hypothèse qu'un spasme des vaisseaux du cerveau peut déterminer une paralysie a été pour la première fois émise par Bastian en 1875, sans qu'il ait cité d'ailleurs de cas cliniques à l'appui de cette opinion. En 1887, Daly rapporte un cas d'attaques transitoires et récidivantes d'aphasie et d'hémiplégie droite chez un homme de 68 ans. Les attaques, qui commençaient et se terminaient brusquement, duraient de 5 minutes à 3 heures. Daly pensait que ces crises était dues à un spasme de l'artère sylvienne bien plus qu'à la thrombose ou à une autre cause, étant donnée la rapidité avec laquelle les symptômes morbides disparaissaient. Russel, Longvoil, Stengel et Edgeworth ont rapporté des cas analogues. Une aphasie simple ou associée à l'hémiplégie, du vertige, des crises de somnolence ou d'insomnie peuvent être observés. La théorie du spasme artériel semble bien expliquer ces faits. Elle s'appuie sur différents arguments : 1° il est reconnu qu'un spasme artériel localisé peut survenir dans d'autres parties du corps que le cerveau, par exemple aux extrémités dans les maladies de Raynaud. Dans 2 cas de Osler, les crises de cette maladie coïncidaient avec des phénomènes cérébraux analogues à ceux décrits plus haut : aphasie, hémiplégie. Edgeworth a observé un fait analogue ; 2° parfois (Stengel, Edgeworth) la paralysie est précédée par un spasme clonique du membre qui va être atteint ; ce phénomène est l'analogue des convulsions qui surviennent lors de la compression de la carotide ou dans la maladie de Stokes-Adams ; 3° dans certains cas il y a parallélisme frappant entre l'état de l'a. radiale et le phénomène cérébral.

On se basera pour le diagnostic sur l'abolition temporaire du reflexe plantaire qui n'est jamais en extension, sur l'absence de perte absolue de la conscience, sur l'élévation concomitante de la pression artérielle. Mais en somme il n'y a là rien de spécial à ces états, qui sont difficiles à distinguer d'une thrombose, hémorragie ou urémie. La répétition des accès au contraire fera facilement faire le diagnostic. Le pronostic en est grave, car ces malades finissent par mourir d'hémorragie cérébrale ou de trombose.

Le traitement consistera dans l'administration de médicaments vaso-dilatateurs qui apporteront un soulagement presque immédiat. G. L.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1909; par M. le Dr V. Gardette. Préface par le Dr A. Manquat, membre correspondant de l'Académie de médecine. 3e *édition.* 1 vol. in-18 de 436 pages, cart. (Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris).

La nouvelle pharmacopée française est obligatoire à partir du 15 mai. En présence des modifications considérables apportées dans la posologie de presque tous les médicaments anciens, les *spécialités pharmaceutiques* seront de plus en plus ordonnées par les praticiens que ce bouleversement de leurs connaissances pharmacologiques antérieures surprend et inquiète.

En écrivant ce formulaire, le but de M. Gardette a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant, sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles, les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Ce formulaire est divisé en quatre parties :

Dans la *première partie*, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La *seconde partie* est la nomenclature des spécialités par leurs composants ou leurs propriétés thérapeutiques. Lorsqu'une spécialité est à base d'un médicament unique, ou bien lorsqu'un médicament y entre à titre absolument prépondérant, elle est classée sous la rubrique de ce médicament. Lorsque plusieurs médicaments entrent en valeur à peu près égale dans sa composition, la spécialité se retrouve sous la rubrique de chacun de ces médicaments. Enfin, les médicaments composés ont été classés d'après leurs propriétés thérapeutiques : Eupeptiques. Laxatifs.

La *troisième partie* donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La *quatrième partie* reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant.

Cette façon de comprendre le plan était la plus commode et la plus complète pour les différents genres de renseignements qui sont demandés à un formulaire de cette nature.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Myélite fruste au cours de la fièvre typhoïde ;

Par Roger VOISIN, chef de clinique
et MILHIT, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

(Travail de la clinique médicale infantile du professeur Hutinel.)

Au cours des infections les plus diverses, l'axe nerveux, comme tout autre partie de l'organisme, subit des altérations plus ou moins accentuées. Dans ces dernières années, l'étude des réactions de l'encéphale au cours des infections a suscité de nombreux travaux cliniques et anatomo-pathologiques.

L'un de nous (1) dans divers mémoires a contribué à cette étude.

Mais si l'encéphale infectieux commence à être mieux connu, il n'en est pas de même de la moelle infectieuse, non pas en ce qui concerne les formes de myélite très nettes qu'il est classique de décrire : l'une aiguë, caractérisée par des foyers de nécrose plus ou moins considérable ; l'autre chronique, s'accompagnant d'un processus de sclérose diffuse, mais spécialement en ce qui concerne les réactions passagères minimes de la moelle au cours des infections. Longtemps méconnues, ces réactions passagères finirent par attirer peu à peu l'attention des cliniciens, les observations s'en multiplièrent, et une étude d'ensemble vient d'en être faite dans la thèse récente de Stouff, de Nancy (2).

Cet auteur décrit des myélites curables, des formes frustes de myélite, qui disparaissent ordinairement sans aucun reliquat organique et qui sont caractérisées au point de vue clinique par des modifications de la réflectivité tendineuse (exagération des réflexes, trépidation épileptoïde), auxquelles s'ajoutent, dans certains cas, des contractures plus ou moins généralisées, et des douleurs spécialement dans les membres inférieurs.

Ces myélites frustes peuvent s'observer dans toutes les infections, mais il semble toutefois que la fièvre typhoïde en soit la cause la plus fréquente.

***

Sans prétendre vouloir faire ici la bibliographie complète de la question, il est néanmoins très facile de trouver dans la littérature médicale plusieurs observations où ce syndrome de myélite fruste est réalisé.

Sans remonter à Aran (1855) ni à Tacito (1875), Landouzy dans sa thèse de 1880; en rapporte un superbe exemple au cours de la fièvre typhoïde. Plus récemment, ce même sujet a fait l'objet de la thèse de Renard (1894) des travaux de Bernheim (3) et de ses élèves Voinot (4) et Stouff, de Léopold Lévi, des thèses d'Artaud (1901) (5), de Libert (1902).

Nous venons, à notre tour, d'en observer un cas très net chez un jeune enfant du service de notre maître, le professeur Hutinel.

Il s'agit d'un garçon de 10 ans, entré le 18 janvier 1909 salle Bouchut, à l'hôpital des Enfants-Malades, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde incontestable, mais bénigne, température ne dépassant pas 39°. Cet enfant accusait des douleurs si vives au niveau des membres inférieurs que les parents, craignant une méningite, s'étaient décidés à l'amener à l'hôpital.

Rien de particulier dans ses antécédents ; on ne relevait aucune tare familiale ni acquise. Aucun symptôme de tuberculose, d'ailleurs l'intra-dermo-réaction à la tuberculine fut négative.

Le petit malade en est au 12e jour environ de sa dothiénentérie ; taches rosées lenticulaires, phénomènes abdominaux modérés, séro-réaction positive. Mais ce qui frappe l'observateur, c'est l'existence d'une raideur assez marquée des membres inférieurs, d'un véritable état de contracture. Cette raideur musculaire ne se retrouve pas au niveau de la nuque ; l'on ne constate aucun trouble oculaire, aucune modification du rythme respiratoire ni de la circulation pouvant faire penser à une méningite

Les membres inférieurs, raides, sont le siège de douleurs survenant par crises, assez analogues aux douleurs fulgurantes ; ces douleurs, spontanées le plus souvent, sont provoquées cependant par certains mouvements que l'on imprime aux membres, dans la recherche du signe de Kernig par exemple ; mais la pression des troncs nerveux et des masses musculaires n'est aucunement douloureuse. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont très nettement exagérés, tant au niveau du genou que du tendon d'Achille. La trépidation épileptoïde s'observe très nettement et d'une manière constante aux deux membres.

Le réflexe de Babinski, par contre, se fait nettement en flexion des deux côtés. La sensibilité sous ses différents modes est intacte.

La marche est très difficile, un peu ébrieuse, mais, l'enfant est affaibli par sa maladie ; il peut faire cependant quelques pas et l'on est frappé du caractère spasmodique de cette démarche : les jambes sont raides, restent écartées l'une de l'autre, la pointe du pied touche le sol avant le talon.

Les sphincters, les membres supérieurs, la face sont absolument intacts.

Une ponction lombaire, pratiquée le lendemain de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, donne issue à un liquide clair, s'écoulant sans hypertension, absolument normal, ne contenant ni éléments cellulaires, ni albumine en quantité anormale.

Dès le lendemain de la ponction, l'élément douleur s'est considérablement atténué, mais les autres symptômes persistent : contracture, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde. La raideur s'atténue les jours suivants et disparaît vers le 10 février. On note de même le retour progressif à l'état normal des réflexes rotuliens, la disparition du caractère spasmodique de la démarche. Mais l'exagération des réflexes achilléens et la trépidation épileptoïde se maintiennent jusque vers la fin de février.

Cependant la fièvre typhoïde a eu un cours des plus bénins, la température, qui atteignait 39° à l'entrée, a baissé progressivement et dès le 28 janvier l'enfant est complètement apyrétique.

L'enfant quitte le service à la fin de février, on ne constate plus alors ni modification des réflexes, ni trépidation spinale. La démarche peut être considérée comme normale : il reste tout au plus une légère indécision dans le jeu des mouvements au commandement.

L'enfant a augmenté de poids ; ses membres se sont à nouveau développés. Il paraît totalement guéri, néanmoins l'examen électrique pratiqué le 9 mars indique encore une modification de la contractilité musculaire,

(1) Roger VOISIN. — Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire. *Thèse de Paris*. 1904.
LAIGNEL-LAVASTINE et Roger VOISIN. — Anatomie pathologique et pathogénie de l'encéphalite aiguë. *Archives de médecine expérimentale*, 1907.
(2) STOUFF. — Contribution à l'étude de la pathogénie et des évolutions cliniques diverses des myélites. *Thèse de Nancy*, 1908.
(3) BERNHEIM. — Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.
(4) VOINOT. — Congres de Médecine de Nancy, 1896
(5) ARTAUD — Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures. *Thèse de Paris*, 1901.

se traduisant par l'exagération de la contractilité faradique, avec un état normal de la contractilité galvanique.

L'observation rapportée par Artaud dans sa thèse, observation recueillie dans le service du Prof. Chantemesse, est comparable à la nôtre. Un homme de 30 ans, ayant eu dans l'enfance des troubles cérébraux, terreurs nocturnes, hallucinations, etc., présenta, au cours d'une fièvre typhoïde des phénomènes de contracture, de l'exagération des réflexes et de la trépidation spinale. On nota également quelques douleurs des membres et des lombes, provoquées surtout lorsqu'on essayait de mobiliser les membres raidis, et augmentées par la pression. La ponction lombaire ne décela aucune modification du liquide cérébro-spinal.

Ces contractures se généralisèrent et atteignirent même la langue et le pharynx.— Puis peu à peu ces phénomènes s'atténuèrent et le malade quitta l'hôpital totalement guéri, ne conservant aucun reliquat de tous ces symptômes, assez alarmants pourtant pendant quelque temps.

***

Le syndrome observé chez ces deux malades nous paraît, du moins en partie, avoir une origine médullaire.

Pour Jendrassik, en effet, les réflexes tendineux sont d'origine médullaire, et dans les observations rapportées ils furent toujours très nettement modifiés.

Par contre, l'apparition des contractures indique une modification profonde du tonus musculaire et d'après les idées en cours actuellement et résumées par Crocq au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1900, ce tonus musculaire est d'origine corticale ; les intoxications et les infections seraient susceptibles d'irriter les cellules centrales, en provoquant un éréthisme fonctionnel des neurones corticaux. C'est à des conclusions à peu près analogues qu'arrive Dreyfus-Rose, dans sa thèse sur le « tonus et les réflexes dans les compressions médullaires ».

Des lésions encéphaliques se donc sont ajoutées aux lésions médullaires.

Les douleurs accusées par notre malade ne peuvent être mises sur le compte d'une polynévrite ; la pression des nerfs, des masses musculaires, n'était pas douloureuse ; il est possible qu'il ait existé un certain degré de radiculite, mais celle-ci s'accompagne le plus souvent d'une réaction méningée qui fit défaut dans notre cas (le liquide ne présentait ni éléments microscopiques, ni hypertension) et aussi de troubles de la sensibilité objective que nous n'avons jamais observés. Il nous paraît plus probable que ces douleurs étaient aussi d'origine médullaire.

En somme, le syndrome réalisé relève en grande partie surtout de lésions médullaires ; mais sur quelle partie de la moelle les lésions se sont-elles spécialement localisées?

Au cours d'autopsies de typhiques ayant présenté des symptômes à peu près analogues, Marinesco, Dejerine, ont trouvé des lésions cellulaires des cornes antérieures, lésions importantes, allant de la chromatolyse à la dégénérescence vitreuse : il ne peut s'agir dans les faits que nous avons en vue, guérissant sans laisser de séquelles, de lésions aussi profondes.

Pour Bernheim, il s'agirait d'une véritable myélite due à la localisation de la toxine sur les faisceaux pyramidaux ; cependant Voinot, dans ses recherches anatomo-pathologiques, n'a pas constaté cette localisation exclusive sur les faisceaux pyramidaux, et, d'après cet auteur, le processus s'étend à la fois aux cordons blancs et à l'axe gris ; d'autre part, il s'agit en somme de lésions assez légères, assez superficielles, puisqu'il ne reste plus, au bout d'un certain temps, de symptômes cliniques relevant de cette irritation médullaire.

Et cependant ces symptômes spinaux sont dans certains cas tellement importants que l'on se demande s'il ne va pas en résulter des lésions irrémédiables, tant il est vrai que les manifestations cliniques, traduisant les réactions encéphalo-méningées, dépendent plus de la sensibilité particulière du sujet que de l'intensité de la lésion.

Une dernière question se pose au sujet de la pathogénie de ces symptômes. Comment agit la fièvre typhoïde pour produire de tels accidents ? Sans doute, il est facile de répondre que ces manifestations sont dues soit au bacille typhique, soit à ses toxines. Mais combien vague est cette explication.

Il est difficile, nous l'avons vu, d'invoquer des lésions profondes, dégénératives, des faisceaux médullaires, dans ces cas où la guérison ne tarde pas à s'installer. D'autre part, l'on sait que l'action de la toxine typhique est plutôt une action déprimante, ainsi que cela a été bien établi, maintes fois, par inoculation à l'animal. Comment expliquer dès lors ces phénomènes d'excitation ? Chantemesse et Lamy, à la suite d'expériences instituées précisément pour expliquer ces faits paradoxaux, proposent l'explication suivante : il se produit dans l'organisme des typhiques, sous l'influence d'une *réaction*, des substances toxiques dont les propriétés sont distinctes des propriétés de la toxine. Ces substances se manifestent physiologiquement par des effets d'apparences contraires à ceux que produit le poison typhique normal.

C'est sous l'influence de ces substances encore peu connues, anti-toxines, cyto-toxines peut-être, que ces manifestations médullaires se produiraient ; leur intensité ou même leur apparition dépendant sans doute d'une prédisposition spéciale de l'individu atteint. Cette explication paraît plus plausible que celle soutenue par d'autres auteurs qui veulent y voir une action anormale, paradoxale, de la toxine typhique.

L'on peut aussi faire intervenir, dans une certaine mesure peut-être, l'accumulation de substances toxiques résultant d'insuffisances glandulaires multiples (thyroïde, parathyroïde), ou de lésions spéciales de ces glandes vasculaires sanguines, dont le rôle dans la pathogénie de certaines contractures (tétanos, tétanie) paraît de plus en plus devoir s'affirmer (1) (Babonneix et Harvier).

Toutefois, nous le répétons, une prédisposition particulière du sujet paraît jouer un rôle de tout premier ordre dans le déterminisme de cette localisation spinale.

Il nous reste à signaler une dernière constatation concernant le *coté thérapeutique* de ces manifestations, à savoir l'heureux effet de la ponction lombaire chez notre petit malade (disparition rapide des douleurs, diminution des contractures.)

L'un de nous a déjà signalé (2) les effets particulièrement heureux de la ponction lombaire chez les typhiques présentant des phénomènes d'excitation (délire, agitation *méningisme*) : « En quelques heures, l'évacuation de 15 cc. de liquide céphalo-rachidien calme souvent la céphalée extrême, le délire, les phénomènes méningés ».

Le pronostic de ces manifestations spinales frustes ne présente donc pas de gravité, au moins immédiatement ; mais nous croyons cependant qu'il faut faire quelques réserves pour l'avenir. Il est possible que, chez de tels malades, puissent apparaître ultérieurement d'autres accidents, d'ordre nerveux, conséquences éloignées de cette première atteinte.

(1) Babonneix et Harvier. — *Soc. de biologie*, 1909.
(2) Milhit : Les opsonines, *Thèse de Paris* 1909, p. 89.

Fièvre éruptive à symptomatologie mixte ;

Par G. E. SCHNEIDER

Médecin-major
Professeur agrégé au Val-de-Grâce

L'observation dans de grands centres hospitaliers d'un millier de cas environ de fièvres éruptives, chez des jeunes gens de 20 à 24 ans, m'a permis de rassembler un certain nombre de faits où le diagnostic fut très délicat en raison de la physionomie mixte de la maladie.

La fixité relative des symptômes offerts par ces sujets me paraît justifier la description d'une modalité clinique.

Les malades, composant un total de 25 cas répartis sur plusieurs années, entraient dans les services de contagieux le plus souvent au moment où sévissaient de concert, sur les collectivités dont ils faisaient partie, la rougeole et la scarlatine. Cette circonstance épidémiologique et le peu de contagiosité de l'affection qui ne s'est jamais reproduite — sous forme similaire tout au moins — ont rendu impossible toute fixation de la période d'incubation.

Voici comment évolue d'ordinaire cette forme morbide :

Il y a, pendant 12 à 24 heures, quelques prodromes, symptômes catarrhaux pour la plupart assez vagues : conjonctivite, coryza s'accompagnant d'une fièvre modérée (38°, 38°5), mais d'une sensation de malaise et de courbature généralisée accusés. Le larmoiement, le jetage nasal, la toux et l'expectoration sont nuls ou à peu près. Ce caractère de catarrhe sec est surtout manifeste au niveau des conjonctives oculaires qui, dès le lendemain, se montrent très hyperémiées, comme épaissies, d'une coloration rouge vif.

Les taches de Koplik n'ont jamais été observées.

Après vingt-quatre heures, apparaît un exanthème qui d'emblée acquiert son maximum de développement. Respectant la face où la rougeur conjonctivale est le symptôme dominant, il offre au tronc un aspect scarlatiniforme des plus nets : le piqueté, le granité de l'éruption scarlatineuse, sont très marqués. Sur les membres au contraire, notamment aux extrémités, l'éruption formée de papules roses, veloutées au toucher, parfois agminées mais laissant toujours entre elles un intervalle de peau saine, donne l'impression de celle de la rougeole.

Il est à noter que cette éruption, pas plus que les prodromes de la maladie, ne s'accompagne d'angine ou d'adénite.

L'exanthème ne persiste pas au delà de 3 à 4 jours, l'énanthème des muqueuses et l'exanthème évoluent de pair s'effaçant graduellement. Sur les membres, il nous a semblé dans certains cas qu'une très faible teinte ecchymotique indiquait encore quelque temps le siège des macules. Une desquamation furfuracée fine s'observe pendant un ou deux septénaires sur les parties latérales de l'abdomen.

La fièvre se maintient aux environs de 38°5, 39° pendant la durée de l'éruption ; elle cesse d'ordinaire assez brusquement le 3e ou le 4e jour après le début de l'exanthème.

Les manifestations digestives sont sans intérêt.

Du côté de l'appareil respiratoire, le contraste est frappant entre les quelques signes de bronchite disséminée, que révèle l'auscultation, et la sensation de pénible oppression dont se plaignent les malades. Le même caractère d'hyperhémie des muqueuses sans exsudation que nous signalions aux prodromes pour les voies respiratoires supérieures se retrouve ici car les malades expectorent fort peu ou point.

L'albuminurie, tout à fait passagère et insignifiante comme quantité, n'est signalée dans nos observations que 5 fois, au moment de l'éruption, jamais pendant la convalescence.

L'affection ne s'est jamais compliquée de suppurations diverses ; mais certains malades ont gardé durant quelques semaines une diminution de l'acuité auditive par catarrhe persistant de la trompe d'Eustache.

Telle est cette modalité de fièvre éruptive dont le diagnostic — dans les cas que j'eus l'occasion d'observer — a donné lieu à des opinions diamétralement opposées. Ces malades étaient tantôt placés dans les salles de scarlatineux, tantôt dans celles des morbilleux, suivant l'impression plutôt que le diagnostic du médecin traitant.

L'idée première qu'éveille l'examen de ces sujets est celle d'une affection hybride de scarlatine et de rougeole. A la première de ces fièvres éruptives appartient l'exanthème du tronc ; à la seconde peuvent être rapportés le catarrhe des muqueuses, l'exanthème des extrémités distales des membres, les signes légers de bronchite ; l'absence d'angine plaide encore en faveur de la rougeole.

L'association de la rougeole et de la scarlatine chez le même sujet fut observée quelquefois dans notre statistique globale, au cours d'épidémies parallèles des deux affections.

Le plus souvent, elle se montra chez des sujets déjà hospitalisés dans les services de contagieux pour l'une ou l'autre de ces fièvres éruptives ; dans ces derniers cas, l'affection surajoutée représentait simplement un « cas intérieur » dont la notion de la contagion hospitalière expliquait l'apparition.

Dans cette forme d'association, les deux maladies se succèdent avec leurs caractères propres et sans modifications réciproques notables de leur expression symptomatique. Mais il est absolument exceptionnel — à mon sens — que le synchronisme de leurs périodes respectives d'incubation aboutisse à la simultanéité d'apparition des phénomènes d'invasion sur le même individu.

Or, le mode d'invasion de l'affection dont nous discutons la nature a toujours été sensiblement le même — sans qu'une dissociation quelconque dans l'ordre d'apparition des premiers symptômes ait pu faire songer, pour certains malades, à la succession de deux processus morbides. Cette constance d'évolution sur 25 sujets — c'est-à-dire dans un nombre relativement élevé de cas — n'est pas en faveur de la superposition de deux fièvres éruptives.

L'hypothèse de rubéole méritait d'être examinée de fort près. Quelques traits cliniques sont communs aux deux affections : fièvre modérée, symptômes catarrhaux atténués, exanthème polymorphe d'apparition rapide, énanthème peu intense, courte durée, bénignité. D'autre part, l'absence chez ces malades des tuméfactions ganglionnaires et des démangeaisons signalées ordinairement dans la rubéole ne saurait constituer un signe différentiel de haute valeur car la symptomatologie de cette fièvre éruptive est éminemment variable.

Cette notion de la pluralité des formes de la rubéole, telle qu'elle résulte des descriptions cliniques des auteurs qui en firent une étude spéciale (Juhel-Rénoy, Sevestre, Barbier, Netter, Comte), complique beaucoup la difficulté du diagnostic. Dukes mentionne même des cas frustes de rubéole dont il indique en particulier deux modalités, l'une réduite à une simple rougeur conjonctivale, l'autre se traduisant par une fièvre légère et une polyadénite passagère : le médecin anglais ne doute pas que les malades de l'un et l'autre type puissent transmettre la rubéole.

Filatow, Comte, etc., ont observé des rubéoles à type d'emblée scarlatiniforme. Nos malades représenteraient-ils des cas de cette variété ?

✦

C'est à l'épidéméiologie qu'il appartiendra sans doute de donner le critérium que la clinique est impuissante à fournir.

Sans insister sur l'argument que d'aucuns pourraient tirer de l'existence d'une rougeole antérieure chez les rubéoliques — et qui n'a plus grande valeur depuis que nous savons fréquentes les récidives de la rougeole, — il est un trait des caractères épidémiologiques de la rubéole qui mérite considération.

Parmi les notions qui ont le plus contribué à établir la spécificité de la rubéole, celle d'épidémicité propre (Barbier, Netter) est l'une des mieux fondées et a le plus résisté à la critique. Comte cite des exemples de succession, à une année d'intervalle, chez les mêmes sujets, de la rubéole à la rougeole et vice versa, dans le cours d'épidémies distinctes.

Or, les cas que nous relatons se sont présentés dans des collectivités où sévissaient concurremment rougeole et scarlatine, mais ils se sont espacés sur plusieurs années et n'ont jamais formé un groupement épidémique.

Un argument qui n'est pas négligeable en l'espèce consiste en ce fait que les statistiques des services hospitaliers où furent recueillies ces observations ne font pas mention de la rubéole pour les périodes antérieures comme diagnostic confirmé. Il est évident qu'un nombre insolite de rubéoles n'eût pas manqué d'attirer l'attention de mes collègues.

Malgré l'aspect de l'exanthème au niveau du tronc, ces cas ne paraissent pas devoir être rapportés à la scarlatine. Les manifestations catarrhales prodomiques, l'absence d'angine, de la desquamation et de la néphrite si caractéristiques éloignaient un tel diagnostic. De plus, trois de ces malades, convalescents, contractèrent une scarlatine authentique.

Je ne pense pas qu'il y ait lieu d'établir une analogie quelconque entre cette modalité clinique et la 4e maladie de Dukes.

La lecture du mémoire de Dukes (1) permet en effet de se rendre compte :

D'une part que la 4e maladie sévit sous forme épidémique, les manifestations épidémiques de cette affection coïncidant ordinairement avec celles de la scarlatine.

D'autre part que la symptomatologie de la 4e maladie se rapproche beaucoup de celle de la scarlatine à tel point que, pour différencier les deux affections, C. Dukes invoque la durée plus longue (9 à 21 jours) de la période d'incubation de la 4e maladie. L'exanthème de la 4e maladie n'offre du reste aucun élément morbilleux.

Il n'est pas possible non plus d'interpréter comme un simple rash l'exanthème du tronc chez ces malades, en raison du caractère nettement scarlatiniforme de l'éruption et de sa persistance.

En définitive, par élimination, il semble qu'il s'agit de rougeoles modifiées dans leur expression clinique. La connaissance de pareils faits commande certainement une très grande réserve dans le diagnostic des fièvres éruptives autres que la rougeole ou la scarlatine.

(1) Dukes. — *Lancet*, 14 juillet 1900.



BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Vendredis de la rue des Carmes !

Ce ne fut pas sans émotion que je pénétrai pour la première fois dans le salon où le maître Bourneville réunissait tous les vendredis ses amis et collaborateurs du *Progrès Médical*. Il y a de cela 25 ans, j'étais étudiant en médecine de 1re année ; en pénétrant dans la salle de réception, j'y remarquai des hommes dont les titres me remplissaient de respect ; il y avait là : des externes des hôpitaux qui parlaient de leur prochain concours à l'internat, il y avait des internes, que je retrouvais là si simples, eux les personnages qui d'après l'usage d'alors, avaient seuls, avec le chef, droit de porter une calotte dans les salles d'hôpital ; il y avait des chefs de clinique, des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Mais le maître était si simple que son cordial accueil vous mettait bien vite à l'aise. Il distribuait la besogne de la semaine suivante à chacun des rédacteurs ; puis, sans aucune cérémonie, tout en fumant des cigares et buvant quelques verres de bière, on causait des travaux parus dans la semaine, chacun pouvait émettre son avis, puis Bourneville parlait des réformes à préconiser, il provoquait les idées de chacun et répondait aux objections que l'on pouvait faire.

De ces conversations, je puis dire que j'ai tiré un grand profit, j'ai ainsi exercé mon esprit critique ; le maître nous conseillait, et en montrait l'exemple, de nous documenter très sérieusement, de lire avec soin les auteurs pour rendre hommage à nos devanciers ; il était d'une scrupuleuse probité scientifique ; et même, il encourageait ses amis à voyager en France et à l'étranger pour voir les améliorations qui ont été faites et se tenir ainsi au courant.

Comme l'a dit Noir, cet homme n'avait connu qu'une distraction : le travail, et qu'un plaisir : rendre service. Au moment de son influence, que de gens j'ai vu défiler rue des Carmes, heureux d'avoir l'appui du maître pour avoir ou places ou faveurs, et que l'on n'a plus revus depuis.

Je n'ai peut-être pas rencontré de milieu où l'on ait agité autant d'idées, je n'ai pas connu de médecin qui ait réalisé autant de progrès que notre rédacteur en chef.

Quant après plusieurs années, l'étranger, ou le provincial comme moi, revient à Paris, il est heureux de constater que, dans son hôtel, il y a de l'eau en abondance, des cabinets propres, puis il visite l'hôpital, il voit des salles convenables, pour la consulation au lieu de taudis, avec des médecins qui s'occupent des malades ; s'il pénètre à la salle de garde pour demander à l'interne de le guider, il la retrouve améliorée, la bibliothèque augmentée, puis en visitant les services, il constate avec plaisir qu'il y a des spécialistes, accoucheurs, oculistes, laryngologistes, etc., enfin au lieu du laboratoire central préconisé, il y a au moins quelques laboratoires. Tous ces progrès de premier ordre, c'est à Bourneville qu'on les doit, aussi avait-il raison d'appeler son journal le *Progrès*. D'autres de la même génération ont rempli le monde de leur personnalité encombrante et ont su achalander leur boutique et en tirer de gros profits, pour ne rien laisser après ; notre maître est mort modeste et pauvre, mais a laissé après lui des œuvres et un bel exemple de travail et de ténacité — j'aime mieux, décidément, la modestie. Robert Sorel (de Dijon).

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la sciatique par l'extension continue ;

Par le Dr Paul CARNOT
Agrégé, médecin des Hôpitaux.

On sait combien il est souvent difficile de soulager les douleurs dans certains cas de sciatique rebelle. Toutes les ressources de la thérapeutique sont parfois utilisées successivement sans amener autre chose qu'un résultat passager et incomplet.

L'un après l'autre, on essaye des remèdes internes (salicylate, quinine, antipyrine, pyramidon, etc.), puis des agents physiques, du froid avec le siphonnage, du chaud avec les jets d'air chaud, le Dowsing ou les bains de lumière, de l'électricité galvanique, de l'ionisation, etc.

Les meilleurs résultats sont peut-être ceux qu'on obtient soit par injections superficielles d'air stérilisé, soit par injections profondes de sérum, stovaïné ou non (Schleich, Lange, Alexander, F. Lévy et Baudouin) : on injecte alors 50 cc. de sérum physiologique (avec 0 gr. 10 de stovaïne au besoin), au point d'élection (un travers de doigt en dehors du tiers interne d'une ligne tirée de l'articulation sacro-coccygienne au bord postéro-externe du grand trochanter) et avec une aiguille de 10 cm. enfoncée jusqu'à sensation d'engourdissement dans la jambe.

Mais ces remèdes ne réussissent pas toujours.

Dans un cas de ville, où, successivement, tous les moyens précédents avaient échoué, je suis arrivé à un excellent résultat en appliquant simplement, sur le membre douloureux, un appareil à extension continue, analogue à celui qu'on applique dans les fractures de cuisse, réalisant ainsi, de façon permanente, un léger degré d'élongation du nerf.

L'appareil fut appliqué comme il l'est, à l'ordinaire, dans les cas de fracture de cuisse : deux bandes de diachylon, collées sur le mollet et maintenues en place par deux jarretières de diachylon circulaires, formaient sous le pied un étrier, une petite planchette de bois maintenant cet étrier écarté de la plante du pied : à cette planchette était attachée une corde qui passait sur une poulie (représentée simplement, dans le cas particulier, par une bobine de fil) et fixée par un fil de fer à hauteur convenable, entre deux barreaux verticaux contigus du pied du lit.

Un poids de 3 kilos était attaché à l'extrémité de la corde.

Deux briques, au pied du lit, inclinaient celui-ci de façon à ce que le poids du corps lui-même fasse contre-extension.

L'appareil fut posé pendant 24 heures au début : l'extension, qui n'avait pas été suffisante, avec 2 kilos, pour supprimer les douleurs, fut, avec 3 kilos, immédiatement suivie d'un soulagement tel que, depuis bien longtemps, la malade n'en avait pas éprouvé de semblable. Ce soulagement durait tant que le poids restait en place : dès qu'on le soulevait, la malade souffrait à nouveau. Mais, après quelques jours d'extension continue, on put enlever le poids plusieurs heures par jour : on l'enleva progressivement plus longtemps, et on finit par ne plus le conserver en place que la nuit. Puis la malade recommença à se lever dans la journée ; mais, le soir venu, elle reprenait sa position allongée et son extension de 3 kilos. Enfin, après 15 jours, on put supprimer l'extension sans retour des douleurs, le sujet n'éprouvant plus qu'un malaise sourd, fort supportable, après certaines fatigues ou à certains changements de temps.

Ce procédé si simple a donc réussi après échec de toute une série d'autres médications, plus ou moins compliquées et coûteuses.

Le mécanisme de cette action thérapeutique est, vraisemblablement, l'extension du nerf.

On sait que l'on a parfois obtenu de bons résultats, dans la sciatique, par l'élongation chirurgicale du nerf, procédé compliqué et infidèle, disproportionné avec les résultats qu'il donne d'habitude et qui n'est pas à préconiser.

Les injections massives de sérum aux environs des nerfs agissent, peut-être, aussi par distension et élongation mécanique du nerf.

Enfin, en kinésithérapie, on utilise parfois un procédé de gymnastique qui consiste à élever à angle droit sur le tronc le membre inférieur rigide comme lorsque l'on recherche le signe de Lasègue et à répéter ce mouvement (parfois fort douloureux d'ailleurs) un certain nombre de fois à chaque séance : ici encore, on cherche à réaliser, parfois avec succès, l'élongation du nerf en le coudant sur l'échancrure sciatique. Ces divers procédés d'élongation sont beaucoup moins simples, moins permanents, plus douloureux souvent et semblent surtout moins efficaces que celui que nous venons d'indiquer.

Par l'extension continue, on réalise une traction simple, que l'on peut graduer à volonté suivant le poids suspendu, que l'on peut continuer ou cesser à volonté puisqu'il suffit de soulever le poids ou de le remettre. Cette traction est suffisante pour produire une élongation légère, variable, quant à son intensité, dans chaque cas particulier. D'autre part, l'extension continue paraît rendre beaucoup plus supportable le repos au lit qui a, lui-même, une action favorable, mais qui est si souvent mal toléré par les sujets atteints de sciatique, lorsque le membre n'est pas, en même temps, immobilisé.

Quoi qu'il en soit de l'explication théorique que l'on en peut donner, ce procédé, si simple et si inoffensif, peut rendre service dans une affection où l'on est, en général, assez désarmé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1909.

Nouvelles expériences de sutures des vaisseaux, de transplantation des organes et de greffes des membres du Dr Alexis Carrel. — M. *Pozzi*, au cours d'un voyage scientifique aux Etats-Unis, a pu constater *de visu* les résultats de belles expériences de notre compatriote A. Carrel qui, après avoir travaillé successivement à Lyon et à Chicago, est actuellement un des directeurs de l'Institut Rochfeller, à New-York. Ces expériences ont eu déjà en France un légitime retentissement.

Désormais, la *suture des vaisseaux* est devenue pour les physiologiques et pour les chirurgiens une opération réglée. C'est ainsi que, chez des chiens, Carrel a pu rapiécer l'aorte abdominale avec un morceau de péritoine, transplanter des veines fraîches, provoquer un renversement partiel de la circulation dans la glande thyroïde en anastomosant le bout périphérique de la veine jugulaire interne au bout central de l'artère carotide ; conserver des vaisseaux « en chambre froide ».

Il a pu encore pratiquer avec succès des greffes vasculaires d'une espèce animale à une autre ; transplanter l'oreille, la glande thyroïde ; extirper temporairement et replanter la rate, le rein ; transplanter le rein d'un animal à un autre de même espèce ; transplanter des membres.

Toutefois, M. Carrel n'hésite pas à déclarer qu'il faut être d'une extrême prudence et ne pas conclure trop hâtivement de l'animal à l'homme. Aussi a-il résisté jusqu'ici aux instances de deux *clients* qui, avec une audace toute naturelle de l'autre côté de

l'Atlantique, sont déjà venus le supplier, l'un de remplacer son bras amputé, l'autre de substituer un rein sain à son rein brightique en empruntant le membre ou le viscère au cadavre d'un supplicié.

Etude critique de l'emploi de la tuberculine dans la phtisiothérapie.— *M. L Rénon.*— Les indications de la tuberculinothérapie sont limitées aux cas suivants : l'apyrexie relative du malade (37°8 au maximum le soir), les formes très lentes de la tuberculose en évolution et surtout les formes torpides déjà traitées et améliorées, dont l'état général est parfait, tandis que l'état local s'immobilise dans des signes invariables ; la tuberbuline fait alors disparaître souvent des lésions fixées dans leur immobilité depuis des mois.

Les contre-indications sont fort nettes : les tuberculoses fébriles, les tuberculoses hémoptoïques, les tuberculoses à marche aiguë, les tuberculoses en activité progressive, les tuberculoses très cavitaires sont aggravées par le traitement.

On peut utiliser toutes les tuberculines. M. Rénon fait personnellement usage de la tuberculine de l'Institut Pasteur.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1909.

Résection partielle du foie pour cancer. — *M. Morestin* présente un rapport sur une observation de M. Riche (Paris) concernant un homme de 40 ans, entré à l'hôpital pour une tuméfaction de l'hypochondre droit accompagnée de douleurs et de fièvre. Croyant à une cholécystite, M. R. voulut faire une cholécystostomie ou une cholécystectomie. Mais l'opération montra que les voies biliaires étaient indemnes et qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur grosse comme une mandarine, développée aux dépens de la face inférieure du foie. Autour de sa base d'implantation il y avait quelques noyaux secondaires. Malgré cela M. R. crut devoir enlever la tumeur. Il plaça autour de sa base quelques anses de catgut, l'incisa et obtint une hémostase parfaite en serrant modérément les fils.

Mais le malade continua à souffrir, à avoir de la fièvre et succomba 5 semaines après l'opération. L'autopsie n'a pu être faite. M. Riche pense que cette tumeur qu'il a cru primitive était en réalité secondaire à une autre tumeur restée ignorée. L'examen histologique n'a pas donné d'indication précise.

M. Morestin n'approuve pas l'extirpation de cette tumeur qui d'après lui n'expliquait en rien les phénomènes infectieux présentés par le malade. Cette observation montre une fois de plus que l'hémostase du tissu hépatique est facile et que les procédés compliqués préconisés sont hors de mise.

M. Souligoux. — Je crois que M. Riche a eu raison d'enlever cette tumeur. Dans un cas analogue, j'ai agi comme lui. Or les anatomo-pathologistes n'ont pu nous dire la nature exacte de la tumeur enlevée, mais le malade a très bien guéri.

La fulguration dans le cancer. — *M. Schwartz.* — M. de Keating-Hart est venu lui-même dans mon service appliquer sa méthode dans une quinzaine de cas de cancers et de sarcomes. Quelques-uns de ces cancers étaient certainement inopérables par les moyens ordinaires. Or les résultats obtenus ont été bons : 3 malades ont succombé il est vrai. Mais ils étaient dans un état de cachexie si avancé qu'il n'y a pas lieu de s'en étonner. Les autres opérés ont tous guéri.

J'ai surtout été frappé par la rapidité de la cicatrisation dans les cas de cancer du sein.

Jusqu'à présent aucun de ces malades n'a récidivé, mais on ne peut bien entendu préjuger de l'avenir. Cependant je demeure convaincu de l'efficacité et de l'innocuité de la fulguration bien et judicieusement appliquée et je continuerai encore à l'employer.

Sarcome de l'omoplate. — *M. Mauclaire* présente un rapport sur une observation de M. Lefort (Lille) concernant un cas de sarcome de l'omoplate qui fut opéré par lui. Il enleva l'omoplate et les 2/3 externes de la clavicule. Puis il fit une néarthrose à l'aide d'un fil métallique unissant la clavicule et la tête humérale. La réunion se fit bien, mais une récidive apparut dans les muscles quelques mois après. Au cours de la nouvelle opération un sifflement spécial se produisit dû à l'entrée d'air dans les veines. Malgré cela on put terminer sans encombre ; mais 3/4 d'heure après, le malade fut pris d'hémiplégie gauche, peu durable d'ailleurs. Une récidive pulmonaire emporta quelque temps après le malade.

M. Mauclaire fait remarquer que pour les néarthroses le fil de rapprochement quel qu'il soit finit toujours par casser. Mais il n'en est pas moins important aidé par un appareil prothétique pour maintenir le plus possible les extrémités osseuses en contact, ainsi qu'il a pu le constater dans un cas personnel. Quant à l'hémiplégie consécutive à la seconde opération, il ne semble guère possible de l'attribuer à l'entrée d'air dans les veines, mais plutôt à la ligature de la jugulaire interne.

Cancer du rectum avec prolapsus. — M. *Mauclaire* présente un second rapport avec 2 observations de M. Lefort concernant toutes deux des cas de cancer du rectum accompagné de prolapsus. Dans le premier il s'agissait de polypes récidivants et transformés avec prolapsus dû peut-être à la série des opérations subies. Dans le second il s'agissait d'une véritable imagination.

Inflammations dues à l'Hemispora stellata. — M. *Auvray.* — En mai 1908 un malade vint me trouver avec une inflammation torpide de la région maxillaire. Croyant les dents en cause, je les fis nettoyer et arranger. Mais ceci n'amena aucune amélioration et un abcès parut que j'ouvris et qui resta fistuleux. Je crus à un abcès froid. Comme la fistule ne guérissait pas je tentai l'extirpation et je vis que les lésions étaient uniquement cutanées. Un nouvel abcès apparut dans la joue, analogue au 1er. Je fis examiner le pus. On y trouva le champignon que Caraven a trouvé et décrit récemment par lui pour la première fois chez l'homme : l'*hemispora stellata.*

Ce champignon décrit par Villemin (de Nancy) a une forme en étoile caractéristique. Les cultures sont brunâtres, puis rouillées, irrégulières et mamelonnées. L'examen histologique des tissus enlevés montre un grand nombre de cellules géantes et des follicules tuberculeux typiques mais sans bacille de Koch.

Il est certain que bien des lésions qu'on croit tuberculeuses sont dues à des champignons parasites : actinomies, sporotrichum, hémispora.

M. *Delbet.* — Les mycoses sont certainement fréquentes. Pour le diagnostic on peut se servir du séro-diagnostic, le sérum des malades agglutinant les spores.

M. *Desmoulin.* J'ai vu à St-Louis trois cas de mycose qui auraient certainement été étiquetés tuberculose.

M. *Quénu.* — La tuberculose n'est pas seule à devoir être démembrée par la connaissance plus complète des mycoses. C'est ainsi que dans un cas, étiqueté sarcome par Tillaux qui conseilla l'ablation du maxillaire, je fis une incision directe qui me conduisit sur une masse jaunâtre que je grattai et le malade guérit.

M. *Zimmern* fait une communication sur l'aide que la fulguration peut donner à la chirurgie.

Présentation de malades. — M. *Mauclaire* présente un cas de maladie de Madelung. — M. Delbet fait remarquer que cette affection devrait s'appeler *radius curvus* ou *carpus curvus* ou encore maladie de Duplay, car c'est ce dernier qui le premier l'a bien décrite.

M. Picqué présente un malade guéri d'une sacro-coxalgie par la résection sacro-iliaque.

Ch. Le Braz.

Séance du 9 juin 1909.

La fulguration dans le traitement du cancer.. — M. *Quénu.* — Les résultats obtenus par MM. Juge et Keating-Hart donnaient évidemment la tentation de se servir de cette méthode. Ce qui était surtout intéressant c'était le changement de technique opératoire qui en pouvait résulter.

Sur 12 cas fulgurés dans mon service soit par M. Keating-Hart, soit par M. Zimmern, et opérés d'après les règles ordinaires de la chirurgie, j'ai fait la réunion avec drainage : les 12 opérés ont guéri. Sur 7 cancers du sein, tous ont guéri. Je ne crois pas, comme M. Ricard, que la fulguration puisse être par elle-

même une cause de septicité. Je vois que la réunion par 1re intention est possible. Mais je crois cependant que la fulguration gêne dans une certaine mesure la réunion primitive tant à cause du tripotage surajouté, qu'à cause de l'allongement de l'opération. Il se produit aisément dans ces conditions de petites fautes de technique. En outre même si l'on évite celles-ci, la réunion ne se fait pas en moins de 22 à 30 jours et cela parce que, à mon avis, la fulguration amoindrit la vitalité des tissus. Aussi se produit-il aisément de l'infection secondaire au niveau des fils. Ceci est en contradiction avec ce qu'on a dit de la *fougue cicatricielle*. Mais cette fougue n'existe que dans les cas de réunion par seconde intention, dont le mécanisme est très différent:

Les chances de non récidive sont elles plus grandes après la fulguration. Sur 2 cancers de la bouche, 2 ont récidivé ; 2 cancers du rectum ont récidivé. Un de mes cancers du sein a récidivé avant réunion complète, était déjà opéré pour une récidive ; une est morte 5 mois après sans récidive, 5 sont encore trop récents pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

M. *Guinard*. — J'ai commencé la fulguration en même temps que M. Ricard et avec le même fulgurateur que lui. Or mes résultats ont été autres. Je possède 28 cas de fulguration, sur 20 malades, dont 2 ont succombé. Mais tous deux étaient en tel état qu'il n'y a vraiment pas lieu de s'en étonner ni d'en incriminer la fulguration. Celle-ci ne m'a jamais paru être dangereuse. D'autre part je n'ai jamais vu de lymphorrée, et mes réunions se sont faites comme d habitude. Je crois volontiers que la fulguration pouvant aggraver l'acte opératoire on ne doit pas s'en servir dans les cas limités et faciles à enlever.

D'autre part je ne crois pas que la fulguration empêche la récidive. Tous mes malades ont récidivé, 3 cancers du sein sur 9 seulement n'ont pas encore récidivé.

Mais je crois que c'est un palliatif qui peut aider à opérer des cas dans lesquels il serait sans elle difficile d'intervenir.

J'ajouterai à titre documentaire que j'ai essayé la fulguration dans la tuberculose et qu'elle m'y a donné des résultats très intéressants.

Traitement des tuberculoses génitales par l'extirpation complète. — M. *Pauchet*. — J'ai employé dans quelques cas l'extirpation complète des voies génitales contre la tuberculose. L'opération comprend 2 temps, l'un inguinal, l'autre périnéal pour enlever les vésicules et la prostate partiellement, en coin.

Les résultats vous paraîtront au début peu brillants. J'ai employé 4 fois systématiquement et primitivement et 1 fois secondairement cette méthode. Elle m'a donné de bons résultats durables dans ces 4 cas.

En réalité les vésicules séminales lorsqu' elles sont indurées ne guérissent pas toutes seules lorsqu'on a fait la castration.

Les cas rapportés par Baudet ont tous guéri opératoirement. L'intervention n'a donc pas une gravité exceptionnelle. L'infection peut exister dans la région inguinale, mais si on coupe le déférent au thermo entre deux ligatures on l'évite aisément. Les déchirures du péritoine dans le temps périnéal sont sans importance. Les fistules suppurées n'existent pas lorsque l'opération est bien complète. Les fistules urinaires, assez fréquentes puisque j'en ai observé 3 sur 5 malades guérissent en général très rapidement.

Les contre-indications sont les autres localisations, tuberculeuses pulmonaires ou urinaires.

M. *Marion*. — J'ai pratiqué 3 fois cette opération. Deux fois j'avais eu une guérison rapide. Une autre fois, le malade parut guérir, puis des fistules parurent et il finit par succomber à des localisations secondaires.

Les indications opératoires dans la lithiase rénale. — M. *Pousson*. — On peut vivre avec un rein, mais il n'en est pas moins vrai que l'ablation d'un rein vous met en état d'infériorité. On doit donc hésiter à enlever cet organe surtout en cas de lithiase, qui est souvent bilatérale. Dans le cas de lithiase non infectée, on est d'accord à employer le traitement conservateur.

Dans le traitement de la lithiase infectée on emploie soit la pyélectomie, soit l'incision du rein lui-même. Je crois celle-ci bien préférable dans la grande majorité des cas. Il faut cependant tenir compte de la topographie des lésions, et choisir l'intervention suivant que le bassinet est seul enflammé ou que le rein lui-même participe à l'inflammation. Dans ce cas la néphrotomie ou même la néphrectomie sont indiquées.

Présentation de pièces. — M. *Potherat* présente une pièce de torsion intra abdominale du grand épiploon qui a donné naissance à des symptômes d'appendicite.

M. *Guinard* présente une pièce composée du cæcum de la 1re portion du côlon ascendant et de la terminaison de l'iléon extirpés pour une tuberculose iléocæcale hypertrophique.

Election. — Au cours de la séance M. *Riche* a été nommé membre titulaire de la Société. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 3 juin 1909.

Albuminurie transitoire. — M. *Notin* apporte deux nouvelles observations d'albuminurie transitoire apparue à la suite d'une légère contusion rénale. L'albuminurie apparaît une heure environ après le traumatisme ; elle se manifeste en dehors de tout symptôme fonctionnel, et elle disparaît en quelques heures, sans laisser aucune trace ultérieure. La centrifugation de l'urine a permis dans ces deux cas de déceler des globules rouges dans le culot, de sorte qu'il est vraisemblable que cette albuminurie est l'indice d'une hématurie microscopique, conséquence elle-même d'une très légère attrition du rein ou de sa capsule. C'est donc un signe intéressant à rechercher dans tous les cas de contusions, même légères, de la région lombaire.

Deux cas de récidive de rougeole. — M. *Lejeune* signale deux récidives de rougeole survenues deux mois après la première atteinte. Ces faits sont assez rares, car il ne s'agit pas de rechutes (ces dernières sont relativement fréquentes), mais bien d'infections nouvelles apparaissant après la convalescence même.

Etiologie de la fièvre typhoïde (suite). — M. *A. Billet* fait une importante communication dans laquelle il considère la *contagion* comme le mode étiologique le plus habituel de la dothiénentérie. Cette conception de la contagion a pris une importance considérable depuis les travaux de R. Koch, à la suite desquels il a été posé, en principe, que « le point de départ de toute infection typhoïdique est un individu atteint de fièvre typhoïde ou convalescent de cette maladie, ou même un individu sain ayant été en contact avec des typhoïdiques et excrétant des bacilles pathogènes ».

Cette conception a été le point de départ, en Allemagne, de cette rigoureuse campagne antityphoïdique, commencée dans le district de Trèves et étendue à l'Alsace-Lorraine. On sait que, d'autre part, elle a reçu consécration officielle en France, et qu'une circulaire ministérielle de 1908 prescrit des mesures toutes spéciales à prendre à l'égard des convalescents de dothiénenterie porteurs de bacilles d'Eberth.

Il résulte, en effet, des recherches récentes effectuées dans les laboratoires, les notions suivantes, à savoir que :

1° Toute infection typhoïdique « reconnaît pour origine un individu antérieurement atteint de fièvre typhoïde » et porteur de bacilles typhiques ;

2° Tout porteur de bacilles peut, à son tour, être un semeur permanent ou intermittent de bacilles et propager ainsi la fièvre typhoïde à son entourage ;

3° Les bacilles typhiques s'éliminent, le plus souvent, par les matières fécales fréquemment, aussi par les urines et même par les expectorations ;

4° Cette élimination semble se faire par poussées périodiques, pendant lesquelles la contagion interhumaine est nécessairement le plus à craindre.

Cette conception, qui semble si moderne et qu'on attribue volontiers aux Allemands, remonte, en réalité, au début du XIXe siècle. Elle est due, à des médecins français qui ont eu d'autant plus de mérite à la faire ressortir qu'ils ignoraient le contage. C'est en effet à Bretonneau, à Leuret et à Gendron que revient l'honneur d'avoir, dès 1829, affirmé la contagiosité de la fièvre typhoïde. Ce dernier auteur, en particulier, attirait l'attention sur les dangers de contamination par les convales-

cents de fièvre typhoïde, par les gardes-malades et même les visiteurs restés sains.

Pour M. A. Billet, il est possible de retrouver le rôle de la contagion dans la plupart des épidémies de fièvre typhoïde en particulier dans les épidémies observées dans l'armée.

Le premier cas est le plus souvent importé, tantôt par un permissionnaire, tantôt par un ordonnance, un sous-officier marié, d'autres fois par un homme qui s'est contaminé dans un cantonnement au cours de manœuvres.

Réciproquement, des régiments infectés peuvent apporter la fièvre typhoïde dans des localités indemnes ou la propager à des corps de troupe voisins. C'est ce qui s'est observé au camp du Pas-des-Lanciers, qui a été littéralement ravagé par la dothiénentérie importée par un régiment d'infanterie.

La contagion explique encore la persistance de certaines épidémies, malgré toutes les mesures prophylactiques, et en l'absence de toute autre cause de contamination (eau, encombrement, surmenage...)

Le rôle primordial de la contagion s'affirme enfin dans la dissémination de la fièvre typhoïde au milieu des armées en campagne. L'exemple du corps expéditionnaire de Tunisie est des plus caractéristiques, Le 142e d'infanterie, venu de Perpignan, était atteint par la fièvre typhoïde : il la communiqua successivement à tous les régiments de la colonne d'occupation.

Aussi M. Billet propose-t-il de se rallier à cette conception étiologique de la dothiénentérie qui, à son avis, doit dominer et concilier les diverses opinions émises sur l'origine de la fièvre typhoïde.

Dans une discussion, à laquelle prennent part MM. Delorme, Toussaint, Sieur, Daussat, Chupin, H. Billet, Lespinasse, diverses objections sont opposées à cette conception de la contagion, et au rôle des « semeurs de bacilles ». Ceux-ci sont relativement rares et atteignent une production de 2 à 4 % environ.

On sait, d'autre part, que l'évacuation des casernes suffit souvent à arrêter les épidémies de fièvre typhoïde en pleine évolution. Enfin les résultats obtenus en Allemagne par la lutte contre les porteurs de germes ne paraît pas avoir donné des résultats considérables.

MM **Déjeriaux** et **Rudler** apportent des observations intéressantes au sujet des rapports entre la fièvre typhoïde humaine et l'affection dite fièvre typhoïde du cheval. Leurs recherches documentées ne font que confirmer les faits déjà présentés à la Société, à savoir qu'il n'y a aucune analogie étiologique et même symptomatologique entre les deux affections ; il y a seulement similitude de nom.

On observe quelquefois des épidémies concomitantes, chez l'homme et chez le cheval ; c'est une simple coïncidence ; il n'y a pas rapport de cause à effet. H. Billet.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 17 mai 1909 (*suite*) (1). — Présidence de M. Magnan.

Amnésie partielle ou fabulation ? Présentation de malade. — M. ***Marcel Briand*** présente une jeune femme d'une trentaine d'années, assez instruite et de parfaite éducation, qui a été trouvée en juillet 1907 dans un état d'hébétude complète, sur un banc du quartier de l'Europe. Elle affirme avoir perdu la plupart de ses souvenirs à la suite d'une maladie grave. Elle prétend aussi avoir été abandonnée par une parente qui, lui reprochant son état, lui aurait fait quitter sa résidence habituelle, une localité qu'elle dit ignorer, pour la conduire à Paris.

Son état mental, qui ne s'est pas amélioré depuis 2 ans, est celui d'une débile inoffensive et incapable de subvenir à ses besoins par son travail. Elle a une attitude triste et résignée, ne manifeste aucune idée délirante, mais pleure fréquemment en demandant qu'on recherche son père.

S'agit-il d'une amnésie réelle ou d'un cas d'amnésie simulée ?

MM. ***Magnan, Legrain et Colin*** font des réserves au sujet de ce cas d'amnésie et demandent que la malade soit représentée à une séance ultérieure.

(1) Voir le numéro précédent.

Obsessions, impulsions et tics chez un dégénéré. — Présentation de malade. — M. ***Fillassier*** présente un malade d'une hérédité chargée, qu'il a observé dans le service de M. Magnan, et qui a des obsessions, des impulsions et des tics nombreux.

Ce malade qui, en juillet dernier, travaillait encore, avait dû quitter tout emploi ; il avait une appréhension extrême chaque fois qu'il faisait quelque chose : de le faire « pour la dernière fois », ou de « porter malheur » à quelqu'un ; aussi refusait-il de sortir de chez lui et même de s'habiller ou de manger. Lorsque ses obsessions et ses impulsions le prennent, il lutte vainement, une angoisse l'étreint, la sueur le couvre, il faut qu'il succombe.

Il est obsédé par certains mots ; il a de l'agoraphobie, de la crainte de toucher.

Depuis son entrée, il est sensiblement amélioré.

Obsession hallucinatoire et hallucinations obsédantes. — Présentation de deux malades. — Beaucoup d'auteurs n'admettent pas que l'hallucination, symptôme sensoriel, puisse prendre part à la constitution de l'obsession, phénomène purement intellectuel. Séglas a cependant bien démontré la réalité du fait, et les deux termes qu'il a adoptés : *d'obsession hallucinatoire,* quand l'hallucination est secondaire à l'obsession, et d'*hallucination obsédante*, quand elle est primitive, paraissent bien s'appliquer aux deux observations suivantes : Dans la première, la malade, obsédée par le souvenir d'un ami qui a rompu avec elle depuis 2 ans, a un rêve terrifiant. « A la suite de ce rêve, *la voix lui reste.* » Cette voix, qui n'est pas une voix d'oreille, dit la malade, mais la voix de la pensée (par conséquent hallucination non pas auditive, mais psychique) l'obsède : il suffit qu'elle y pense pour que cette voix lui arrive, « la frappe ». Cette obsession hallucinatoire persiste depuis 5 ans, sans répit, et produisant des paroxysmes anxieux.

Dans le second cas, la malade, à la suite d'un délire de persécution avec hallucination de l'ouïe, présente des hallucinations psychiques et visuelles combinées, (elle ne peut avoir une pensée « sans qu'on la visionne ») ; les hallucinations visuelles sont de nature obscène (apparition du « simulacre d'une verge qui la frôle »). Elle ne peut en écarter sa pensée : « on rend sa personne *visionnaire forcée* sur les mœurs ». Ce sont bien là des hallucinations obsédantes. Elles durent depuis 5 ans, continues, avec paroxysmes.

Encéphalite hémorrhagique. — Présentation de pièces. — M. ***Vigouroux*** présente le cerveau et les organes d'un malade affaibli intellectuel, mais surtout confus, qui est mort dans le coma après avoir eu la respiration du type Cheyne-Stokes, de l'œdème et de la congestion de la face. Il n'avait pas d'albumine. A son autopsie on constate dans le cerveau des foyers de ramollissement ischémique et des zones rouges hémorrhagiques assez bien limitées à la substance grise. Le cœur était très hypertrophié (800 gr.) ; il y avait des infarctus du foie et des reins.

L'examen histologique montre que ces zones hémorrhagiques sont dues à la congestion énorme des vaisseaux de la corticalité accompagnée de nombreuses petites hémorrhagies interstitielles dues à la rupture de la paroi des capillaires. Les artères de moyen calibre sont saines, alors que les veines sont oblitérées par des caillots. Il y a un certain degré d'inflammation des méninges. Dans d'autres points, le tissu cérébral paraît surtout œdématié, et les petits vaisseaux ont de l'endo-vascularite. Enfin, des parties ischémiées, plus nettement ramollies, contiennent des corps granuleux.

S'agit-il de ramollissements à différents degrés produits par l'oblitération des veines cérébrales ou d'encéphalite hémorrhagique de type Strümpell ?

M. ***Marchand***. — Dans un cas publié en collaboration avec M. Nouet, les lésions méningées étaient de même ordre que celles rencontrées dans le cas de M. Vigouroux, mais elles étaient plus accentuées ; les thromboses veineuses jouent ici un rôle principal en apportant un obstacle au retour du sang veineux.

Maladie de Parkinson. — Présentation de pièces. — M. ***A. Marie*** apporte à la Société un encéphale de dément parkinsonien avec cécité corticale.

La photographie du malade vivant montre l'attitude figée ; les

tremblements enregistrés sont caractéristiques et disparaissaient aux mouvements volontaires.

Le malade présentait dans l'hémisphère cérébelleux gauche un foyer ancien qui pourrait bien être en rapport de cause à effet avec l'hémitremblement précité.

M. *Marchand.* — Il est difficile dans un tel cas d'admettre un rapport de causalité entre le ramollissement du lobe cérébelleux et la maladie de Parkinson. Le malade de M. Marie étant atteint de tremblement surtout accentué à droite, s'il y avait un rapport entre la lésion et l'hémitremblement, ce dernier aurait dû être plus accusé à gauche, car les effets des lésions des lobes cérébelleux sont directs. Dr G. G. de Clérambault.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juin 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Des albuminuries d'origine génitale (*Suite*). — M. *Le Fur* confirme l'opinion de M. Castaigne, à savoir : que les albuminuries d'origine génitale étant le plus souvent minimes et intermittentes, ne sauraient être confondues d'ordinaire avec les cas de néphrite chronique albumineuse simple. Il rejette pour les cas qu'il a décrits le nom de fausses albuminuries, accepte avec réserves le terme de pseudo-albuminuries ; il a surtout voulu démontrer dans sa communication que, dans les cas d'albuminuries petites et intermittentes, à côté de l'origine rénale, il fallait penser à l'origine génitale.

Mammite suppurée et cancer du sein. — M. *Mouchet* relate l'observation curieuse d'une mastite carcinomateuse suppurée du sein, à évolution subaiguë, survenue chez une femme de 52 ans, avec les allures d'une mammite suppurée simple, ayant nécessité des incisions multiples, puis ayant récidivé rapidement après l'intervention chirurgicale avec survie d'un an. Ce n'est pas la forme de cancer aigu de Volkmann parce que celui-ci ne suppure pas, évolue très rapidement en quelques mois vers la cachexie cancéreuse et ne s'observe guère que chez des femmes jeunes, enceintes ou puerpérales.

Emploi de l'air chaud dans les affections chirurgicales. — M. *Durey* étudie les applications thérapeutiques de l'air chaud et montre qu'on peut l'employer de trois façons différentes, l'une comprenant les températures de 37 à 60° en applications prolongées de 6 à 20 heures, celles de 80 à 150° pendant une demi heure ou une heure, ce sont celles qui conviennent le mieux dans les affections douloureuses, enfin au-delà de 300°, on obtient une carbonisation des tissus qui permet de détruire *in situ* des productions pathologiques dont le type est la gangrène diabétique.

Drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien. Technique et indications générales. — MM. *Le Filiatre* et *Georges Rosenthal* substituent à la ponction lombaire le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien. Par un dispositif ingénieux et parfaitement toléré par l'organisme, ils laissent en place une petite canule fermée par un obturateur métallique, le tout couvert par un pansement vigoureux grâce au protecteur ceinturé.

En cas d'hypertension continue (hydrocéphalie, tumeurs cérébrales) en cas de suppurations intrarachidiennes (méningites suppurées spécifiques à méningocoques ou dues à des infections banales), en cas de rachicocaïnisation, la canule lombaire permanente permet l'évacuation répétée des humeurs et aussi l'injection répétée des solutions colloïdales, des solutions médicamenteuses ou des sérums.

Présentations d'ouvrages.— M. de *Valcour* présente, de la part du Dr Freyer, de Londres, la statistique de ce chirurgien, à propos de sa 600e opération de l'énucléation complète de la prostate. La mortalité de la dernière série a été de 4 % seulement.

M. *Martial* présente un ouvrage sur l'hygiène de l'ouvrier et son habitation. Dans cet ouvrage, l'auteur a le grand mérite, au lieu d'avoir démarqué les traités d'hygiène pour les adapter tant bien que mal à la réalité, d'être parti de la réalité pour chercher quel remède on pourrait apporter à ses mauvaises conditions d'hygiène.

NOUVEAU CODEX

Produits qui, jusqu'à ce jour, n'ont pu être obtenus conformes aux caractères indiqués par le Codex 1908.

La liste suivante avec les desiderata qui l'accompagnent sont empruntés à l'*Union pharmaceutique* (1). Nous la donnons à titre de renseignements pour ceux qui s'intéressent à la pharmacologie, et en leur faisant toucher du doigt, à l'occasion d'ailleurs d'un petit nombre de médicaments, les désaccords qui peuvent exister parfois entre la théorie et la pratique.

Nous lisons donc les conclusions suivantes d'une commission composée de MM. Charles Buchet, Boulanger, Bonnanfant, Etienne, Lesparts Mathurin, plus d'autres membres appartenant au Syndicat général de la Droguerie française, ainsi que des Industriels étrangers à ce Syndicat. Nous supprimons quelques produits comme présentant moins d'intérêt pour nos lecteurs.

Alcool éthylique : Traces d'aldéhydes.

Aloès du Cap : 5 à 6 % de cendres, au lieu de 1 à 1,50.

Ammonium (Iodure d') : De 0,25 % à 0,50 % de résidu à la calcination.

Ammonium (Valérianate d') : Légère acidité.

Antimoine diaphorétique lavé : Neutralité au tournesol avec 12 % de produits nitreux.

Antimoniotartrate acide de potasse (Emétique) : Solubilité dans 2 parties d'eau au lieu de 15.

Apiol : L'apiol cristallisé ne se trouve pas en France ; demandons la suppression pure et simple jusqu'à ce que ses propriétés thérapeutiques soient bien connues.

Baume du Pérou : Présence d'essence.

Benzine pure : Présence de trace de thiophène.

Calcium (Carbonate de) : Traces de fer.

Calcium (Phosphate d'acide de) : Présence d'acide phosphorique libre dans la proportion de 2.50 %.

Charbon animal : A chaud ; le dégagement d'odeur empyreumatique.

Charbon végétal officinal : A chaud ; le dégagement d'odeur empyreumatique.

Chaux (Chlorure de) : Ne pas exiger plus de 90 à 100 de chlore par kilo.

Chlorhydrique (Acide officinal) : Traces de fer.

Créosote officinale : On ne trouve pas de créosote répondant aux indications du Codex.

Essence de térébenthine : Pouvoir rotatoire inférieur à 4.0.

Fer (Arséniate de) : L'arséniate ferreux s'oxyde rapidement et ne peut répondre aux caractères donnés par le Codex. Insolubilité partielle dans l'ammoniaque.

Fer (Citrate de) ammoniacal : Une dose de fer un peu plus élevée.

Fer (Oxalate de) : Le sel anhydre difficile à obtenir ; demandons que le sel hydraté soit adopté comme auparavant à cause de sa stabilité et de sa facile préparation.

Fer réduit par l'hydrogène : Traces de sulfure et d'oxyde fer.

Glycérine officinale : Toutes les glycérines du commerce réduisent le nitrate d'argent en présence de la soude.

Suppositoires à la glycérine : 30 gr. de beurre de cacao au lieu de 20 gr.

Huile de ricin : L'essai du nouveau Codex donne toujours une réaction colorée.

Résorcine : Fond à 110-111 et non à 119.

Pipérazine : Conserver la pipérazine hydratée plus maniable.

Plomb (Oxyde de) : Nous demandons que soit fixée en quantité la tolérance du fer et du cuivre.

Potasse (Chlorate de) : Nous demandons que soit fixée en poids la tolérance en chlorures.

Poudres :

Asa fœtida : Ne passe pas au tamis 30 (1908), demandons no 15 (1908).

Ciguë (semences) : Ne passe pas au tamis 45 (1908), demandons no 9 (1908).

Camphre ; Ne passe pas au tamis 30 (1908), demandons no 9 (1908).

Jusquiame (semences) : Ne passe pas au tamis 45 (1908), demandons no 9 (1908).

(1) *Bulletin Commercial* du 31 mai 1909.

Staphysaigre (semences) : Ne passe pas au tamis 30 (1908), demandons n° 9 (1908).
Savon médicinal : Ne passe pas au tamis 37 (1908) demandons n° 22 (1908).
Sodium (Borate de) officinal : Traces de chlorures et de sulfates.
— **(Cacodylate de)** : Sel hydraté avec 2 ou 3 molécules d'eau.
— **(Carbonate de)** : Traces de chlorures et de carbonate neutre.
— **(Hypophosphite de** : Présence de phosphite et carbonates.
Sodium (Monosulfure de) : Traces de soufre par le traitement de HCl.
— **(Salicylate de)** : Légère acidité.
— **(Sulfate de)** : Traces de chlorures 1 %. Traces de fer.
Safran : Il est impossible d'obtenir la réaction du Codex par la benzine.
Zinc (Chlorure de) : On ne peut obtenir la limpidité exigée par le Codex pour la solution au dixième. Traces d'oxy-chlorure.
— **(Phosphure de)** : 2 % d'insolubilité dans HCl.

ANALYSES

Nouvelle méthode de coloration pour l'étude de la névroglie (cellules et fibrilles).

Pour la coloration des fibrilles.

La moelle est placée dans une solution de formol à 10 % durant deux à trois jours ; au bout de ce laps de temps, elle a acquis une consistance suffisante. Pour l'encéphale, il suffit de prélever les fragments nécessaires et de les placer dans une solution de formol pendant le même temps.

Les coupes doivent être pratiquées ensuite, sans inclusion, au moyen du microtome à congélation ; elles sont reçues dans l'eau distillée, puis, immédiatement et sans lavage, placées dans une solution aqueuse saturée à froid de bichlorure de mercure (1). Au bout de deux heures, elles sont immergées dans le fixateur osmo-chromo-acétique dont les composants sont dans la proportion suivante : tétra-oxyde d'osmium à 10 %, 3 grammes ; acide chromique à 1 %, 35 grammes ; acide acétique à 2 %, 7 grammes ; eau distillée 55 grammes. La durée du séjour des coupes dans ce fixateur doit être au moins de 2 jours. Les coupes sont ensuite reçues dans l'eau et colorées. La coloration doit s'effectuer à chaud et sur la lame qui servira au montage de la coupe. On dépose ainsi quelques gouttes d'une solution à 7 % de bleu Victoria (2) et l'on chauffe la lame à nu sur la flamme de la veilleuse du bec de Bunsen.

Dès qu'apparaissent les premières vapeurs, on doit retirer la lame et la laisser refroidir ; cette opération sera répétée une dizaine de fois. On jette ensuite l'excédent du colorant et l'on met sur la coupe quelques gouttes de la liqueur de Gram qu'on laisse une minute, puis la coupe est déshydratée par un lavage rapide à l'alcool absolu et, enfin, décolorée par un mélange à parties égales d'huile d'aniline et de xylol.

On monte au baume du Canada dissous dans le xylol. La névroglie apparaît alors teintée en bleu intense, tandis que les fibres et les cellules nerveuses sont complètement décolorées. Le tissu conjonctif, lui aussi, demeure transparent ou à peine teinté de vert léger ; les gaines de myéline ont gardé la belle teinte jaune de l'acide chromique.

Cette méthode est applicable aussi bien à l'étude de la névroglie normale qu'à celle de proliférations inflammatoires ou néoplasiques.

Pour la coloration des cellules.

Les pièces sont recueillies comme il est dit précédemment et soigneusement lavées avant d'être débitées en coupes à l'aide du microtome à congélation. Fixées par le liquide osmo-chromo-acétique dont nous avons donné plus haut la formule, les coupes sont passées ensuite dans le liquide de Gram, puis lavées à l'eau distillée. La coloration s'effectue en plaçant les coupes dans une solution d'hématoxyline phosphotungstique pendant deux jours (1).

Un lavage à l'eau distillée suivi d'une décoloration rapide par l'alcool absolu détermine une différenciation très nette des éléments névrogliques.

Les coupes sont montées au baume du Canada neutralisé.

Les fibrilles et les noyaux névrogliques apparaissent colorés en violet sombre, le protoplasma teinté de violet rose ; les cylindre-axes et le tissu conjonctif prennent une teinte rosée et les gaines de myéline conservent la couleur jaune de l'acide chromique. Il est très facile de suivre sur de telles préparations les fibrilles névrogliques et les cylindre-axes et il est impossible de les confondre.

Sur les coupes longitudinales de la moelle, il est aisé de reconnaître, au sein d'une plaque de sclérose, les fibrilles névrogliques, malgré leur intrication avec les fibres nerveuses dénudées de leur gaines myéliniques.

Ce procédé permet aussi l'étude du protoplasma des cellules névrogliques et met en évidence les connexions des fibrilles avec ce protoplasma.

On constate nettement le passage des éléments fibrillaires à travers la cellule et il est possible de suivre, grâce à la différenciation, les inflexions d'une fibrille enfouie dans le protoplasma.

LHERMITTE et GUCCIONE.
(*Semaine médicale*, 5 mai 1909, p. 205.)

La sous-alimentation, comme facteur de guérison. (*Monatsch. für die Phys. diät. Heilm.* 1909, H. 3 et 4.)

Le Dr Bernold Martin entend par sous-alimentation la réduction de la ration alimentaire au-dessous du minimum d'existence. Cette sous-alimentation peut être totale et viser l'albumine, les hydrates de carbone et les matières grasses et s'adresser seulement à 1 ou 2 de ces groupes. La quantité des liquides est aussi diminuée. On obtient alors la régularisation chimique en épargnant les échanges nutritifs, la facilité d'assimilation, la régularisation circulatoire (soustraction de l'eau et des aliments dans les maladies du cœur, décongestion des régions hyperhémiées, meilleure sanguination des parties anémiées), la régularisation nerveuse (par diminution d'excitation), l'épargne des organes de digestion et d'excrétion. Les hyperhémies veineuses, comme on en trouve dans les maladies de l'estomac et de l'intestin disparaissent, tandis que l'organisme retient à lui toutes les réserves et attire le sang en excès dans la circulation générale. On obtient encore la restriction des fermentations bactériennes qui conduisent aux autointoxications intestinales. Les deux cures les plus radicales de sous-alimentation sont la diète absolue (1 litre de liquide non alimentaire, infusé de camomille ou de menthe) et la cure de Schroth, suppression des aliments albuminoïdes et réduction des liquides). Ajoutons aussi la cure de fruits, qui est souvent promptement efficace, ainsi que la cure combinée de lait et de fruits. C.

Constipation atonique et spasmodique ; diagnostic et traitement, par le priva-docent Gustave SINGER. (*Samml. zwanloser Abh. aus dem Geb. der Nerv. und Stoffwechselkr.* B. 1, H. 6.)

L'auteur attache de l'importance pour le diagnostic à l'exploration digitale du rectum après inspection de l'anus, par quoi la constipation spasmodique peut être souvent fixée. Non moins important est l'examen macroscopique des selles, ainsi que la recto-romanoscopie, laquelle révèle quelquefois un substratum organique, par quoi on peut rapporter la contraction spasmodique à un trouble de coordination du mouvement intestinal (neurose motrice). Comme traitement, M. Singer conseille les laxatifs et les lavements chauds, mais surtout le régime diététique individualisé. Il faut réserver les moyens mécaniques (massage, gymnastique) à la forme atonique, et traiter les spasmes par le repos, la chaleur, la belladone, les bougies

---

(1) La fixation par le sublimé n'est pas indispensable.
(2) Nous ferons remarquer que, d'après notre expérience, les solutions anciennes de bleu Victoria donnent de plus belles colorations que les solutions fraîches.

(1) L'hématoxyline phosphotungstique que nous employons est celle de Mallory modifiée. Elle se prépare ainsi : on fait dissoudre à chaud 0 gr. 70 centigr. d'hématoxyline dans un peu d'eau, puis on ajoute de l'eau distillée froide jusqu'à 80 c.c. Après refroidissement, on verse 20 grammes d'une solution à 10 % d'acide phosphotungstique et 0 gr. 20 centigr. d'eau oxygénée (à 12 volumes). Cette solution colorante peut être employée aussitôt préparée, elle n'a pas besoin de neutralisation.

introduites dans le gros intestin. Enfin la forme atonique et la forme spasmodique sont très souvent combinées l'une à l'autre, par exemple dans l'entéroptose des femmes neurasthéniques ou hystériques. C.

Sur la constipation chronique, par le prof. Biernacki, de Lemberg.

L'auteur publie dans la (*Wiener Klin. Woch.*, n° 21, 1909), une étude clinique et expérimentale sur la constipation chronique, étude dont nous extrayons les conclusions suivantes : Dans la littérature médicale on trouve des propositions de traitement de la constipation habituelle chez les enfants par le beurre pur (par cuillerées à thé). Mais ce procédé a l'inconvénient de « corrompre » l'intestin, et, finalement, de provoquer aussi de la diarrhée. Il ne faut donc pas exagérer cette indication des matières grasses, mais en réduire la quantité et choisir les matières grasses les meilleures et les plus légères. C.

BIBLIOGRAPHIE

Les hémorrhagies méningées spinales ; par le Dr Charles Vigneras (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris 1908.)

L'étude des maladies comprend deux phases : une phase clinique, à laquelle les modernes ne peuvent généralement rien ajouter ; une phase expérimentale qui tente de donner la genèse et d'expliquer le mécanisme des phénomènes observés.

Ayant rencontré un malade atteint d'hémorrhagie méningée spinale, le Dr Vigneras a entrepris l'étude expérimentale de cette lésion. Sans doute, comme il le rappelle, n'est-il pas le premier; mais il a apporté dans son travail une précision et une logique qui le rendent, à tous égards, remarquable. L'injection d'un liquide dans l'espace lombaire ne provoque des troubles que par sa quantité, non par sa nature, et ces troubles durent peu. Mais ce qu'il faut retenir, c'est la distinction nécessaire entre les hémorrhagies méningées d'origine cérébrale et celles d'origine spinale. Parmi ces dernières, il y en a de traumatiques ; d'autres consécutives à une affection de la moelle ou de ses enveloppes ; d'autres enfin dites essentielles tant qu'on n'a pu leur assigner une cause réelle. Quelle que soit leur étiologie, les symptômes médullaires sont identiques : paraplégie spasmodique, douleurs, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, hyperthermie. Tous ces phénomènes constituent uniquement des syndromes et la ponction lombaire permet seule un diagnostic précis Mais c'est leur importance qui fixe le pronostic : si la mort n'est pas survenue au 6e jour, la crainte seule d'une nouvelle hémorrhagie peut faire réserver le pronostic.

Dr André Lombard.

Pratique de la chirurgie antiseptique ; par le Docteur. J. Lucas-Championnière. (G. Steinheil, éditeur.)

Ce livre est un exposé de la doctrine dont M. J. Lucas-Championnière est, depuis trente ans, le fervent défenseur. C'est en 1874, en effet, qu'il introduisit, en France, le principe de l'antisepsie qui a si profondément bouleversé la chirurgie de cette époque. Depuis ce moment, l'auteur n'a cessé d'être l'avocat de cette thèse, montrant, tant à l'hôpital, sur ses malades, que dans des publications nombreuses, que si l'on voulait bien appliquer les antiseptiques d'une façon raisonnée, on obtiendrait d'excellents résultats opératoires.

Dans ce livre, M. Championnière fait une étude approfondie de tous les antiseptiques en usage, montrant comment il faut les employer, quels sont leurs avantages respectifs et quels leurs inconvénients, car c'est la « méconnaissance absolue d'une méthode que l'on croit connaître, qui est le grand obstacle, aujourd'hui comme autrefois, à l'extension de la chirurgie antiseptique ».

Quelles que soient les idées que l'on ait sur la valeur des antiseptiques dans la chirurgie actuelle, on lira avec fruit ce livre qui donne des notions utiles et précises sur l'emploi de ces substances. Ans. Sch.

Fugues et vagabondages ; par le Professeur Joffroy et le D Dupouy, préface du Dr Deny. (Un volume in-8°. Félix Alcan, éditeur. Paris 1909.

Les auteurs ont réuni et groupé dans une vue d'ensemble les différents types de fugues, en assignant à chacun d'eux un ou des caractères distincts et en les distinguant cliniquement et psychologiquement du vagabondage. Ils en discutent les variétés nombreuses, en les analysant et en donnant des observations qui sont soigneusement choisies. Les fugues des enfants ; les fugues dans les états de débilité ou débauche, les fugues dromomaniaques, hystériques, épileptiques, etc., etc., sont l'objet de chapitres différents. Les auteurs décrivent une forme curieuse de vagabondage sous le nom de paranoïa ambulatoire. Ceux qui en sont affectés sont des vagabonds par tempérament, chez lesquels l'instinct du déplacement prime tout, qui aiment errer au grand air, malgré les rigueurs et les inconvénients d'une vie irrégulière. Le type clinique de ces sujets en est très bien esquissé et leur caractère susceptible, méfiant, orgueilleux, explique leur façon d'être, qui jusqu'ici n'avait pas été classée parmi les faits pathologiques.

Ce volume véritablement original est précédé d'aperçus psychophysiologiques sur la genèse de nos actes et sur les relations existant entre nos fonctions intellectuelles et motrices.

G. Paul-Boncour.

Histoire de la matière ; par Ernest Hæckel. (1 volume in-8° de 602 pages avec 17 gravures sur bois. 4 tableaux généalogiques et 1 carte. Schleicher, éditeur, 1909.

Il est inutile de faire l'éloge d'un volume universellement connu et qui date de 30 ans. C'est la vulgarisation des théories Darwiniennes, mises ou point par un homme devenu chef d'école à son tour, qui fait l'objet de ce volume plein de faits et d'idées. Il faut surtout féliciter les éditeurs qui, parmi leurs éditions populaires, ont tenu à faire figurer cet ouvrage de première importance, qui avait été traduit par mon regretté maître, Charles Letourneau. professeur à l'école d'anthropologie sur la septième édition allemande. G. Paul-Boncour.

La psychologie morbide collective ; par le Dr A. Marie. In-8° (166 pages). Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. (Masson et Gauthier-Villars. Paris, 1909.)

Lorsque la psychologie morbide est appliquée aux faits sociaux, il en résulte toujours des considérations d'un puissant intérêt. Quand l'auteur s'est lui-même attaché à diverses reprises à l'étude de ces manifestations psychiques collectives, le plaisir est encore plus grand. J'ai retrouvé dans ce volume les qualités que j'avais appréciées dans des conférences à l'école d'anthropologie. L'auteur à l'aide des maladies mentales épidémiques, des psychoses collectives des folies communiquées, éclaire d'un jour tout spécial le mécanisme des actions et réactions générales mutuelles entre meneurs et menés. On parle facilement de génie, de précurseurs. sans analyser au préalable leur nature et leur rôle, et surtout leurs relations avec les masses qu'ils influencent.

Le volume du Dr A. Marie démontre : 1° que les foules, à une époque donnée, ne sont influencées par des meneurs qu'autant qu'elles y sont préparées par des influences ancestrales ; 2° que les protagonistes qui croient mener les foules sont inconsciemment menés par elles. Ils sont le moyen à l'aide duquel les aspirations ancestrales se réalisent. Le mérite des meneurs ou des précurseurs est de sentir plus ou moins clairement l'orientation mentale de leurs contemporains.

Georges Paul-Boncour.

Bradycardies et faisceau de His ; par A. Dumas. Thèse de doctorat de Lyon, 1909. (Maloine, édit.)

M. Dumas, à propos de plusieurs cas de bradycardies observées par lui dans la clinique de M. Lépine, a repris, sous une forme de revue générale. l'étude complète de cette question. Ce travail comprend deux parties ; dans une première partie, anatomo-physiologique, on trouve exposés tous les travaux et toutes les expériences intéressant les relations anatomiques et fonctionnelles entre l'oreillette et le ventricule. Dans une deuxième partie clinique, les différentes interprétations émises depuis Adam sur les bradycardies sont impartialement étudiées. De nombreuses reproductions de courbes graphiques rendent facile

la lecture de cet ouvrage, qui se termine par des observations personnelles, pleines d'intérêt. X.

Tortures et supplices à travers les âges. La férocité pénale ; par M. Fernand Mitton. Un volume in-18 orné d'une planche hors texte. Prix : 4 fr. (H. Daragon, libraire-éditeur, 96-98, rue Blanche, Paris, 9e.)

Dans cet ouvrage, on trouve la description des tortures et supplices auxquels la justice criminelle, dans les divers pays du monde, soumettait autrefois les voleurs et les assassins. Quoi de plus horrible que l'écartèlement des membres, l'araignée, la cangue. la mort lente, le supplice des cent plaies, le pal, la veille Florentine, la planche à clous, la broche, la brouette, le hérisson, les insectes, etc... Le supplice de la roue n'était pas moins cruel. L'ablation des membres, la crevaison des yeux à l'aide d'un fer rouge. l'estrapade, etc., étaient autant de tortures plus terrifiantes les unes que les autres.

L'auteur a donné des détails très complets sur chacun des supplices usités chez les divers peuples, depuis les Grecs et les Romains jusqu'à nos jours, en passant par les Egyptiens, les Syriens, les Perses, les Allemands, les Russes, les Turcs, les Italiens, les Chinois, les Tunisiens. les Marocains, les Espagnols, les Anglais, les Américains, etc. Des chapitres spéciaux ont été consacrés à la flagellation judiciaire et religieuse ainsi qu'aux supplices militaires.

M. F. Mitton a même poussé ses recherches historiques jusque chez les nègres d'Afrique, les Mélanésiens, les Polynésiens et les Malais.

L'ouvrage de M. F. Mitton est une véritable œuvre d'érudition. Voici, d'ailleurs, les titres des chapitres :

Chapitre I. — La torture et la peine de mort dans l'antiquité.
Chapitre II. — La bastonnade et la flagellation chez les divers peuples.
Chapitre III. — Les pénitences et la flagellation religieuses.
Chapitre IV. — Tortures et supplices à travers le monde.
Chapitre V. — Peines et supplices militaires.

Le fantôme des vivants. Anatomie et physiologie de l'âme. Recherches expérimentales sur le dédoublement des corps de l'homme ; par M. H. Durville. Volume de 360 pages avec 10 portraits et 32 figures. Reliure artistique souple. Prix : 5 fr. (A la librairie du magnétisme, 23, rue Saint-Merri, Paris.)

Ouvrage extraordinairement remarquable, démontrant qu'il y a en nous deux principes : la matière et la force, le corps et l'âme, l'homme visible et son double invisible.

Tous les spiritualistes admettent que le corps est animé par une force intelligente, l'âme ; mais ces deux parties de nous-mêmes étant considérées comme inséparables pendant la vie, aucun chercheur n'avait pensé à les séparer pour les étudier en même temps, indépendamment l'une de l'autre. H. Durville, auteur de nombreux travaux faisant époque dans l'histoire du magnétisme, a pensé que cette séparation était possible, et il l'a prouvé dans une longue suite de recherches expérimentales fort délicates, dangereuses même, mais néanmoins à la portée des savants aussi prudents que patients.

Le fantôme des vivants, qui expose cette question avec une élégante simplicité, comprend deux divisions : *Partie historique. Partie expérimentale.* La première, pleine d'érudition, montre que dans tous les temps, chez tous les peuples et dans toutes les classes de la Société, depuis les mystiques religieux jusqu'aux sorciers, y compris les médiums, les somnambules, les sensitifs, certains individus ont parfois été vus en deux endroits à la fois. Dans la seconde, l'auteur expose ses propres observations. Il dédouble le corps humain vivant et étudie, d'une part le corps visible ; d'autre part, le double invisible, qui constitue le *Fantôme*. Après avoir présenté ses principaux sujets d'expérimentation, il donne des généralités fort surprenantes sur le Fantôme, démontre que celui-ci est une réalité objective, palpable et qu'on peut le photographier. On en voit des exemples remarquables. Il étudie ensuite nos sensations et prouve de la façon la plus évidente que le corps dédoublé n'est plus le siège d'aucune activité, et que toutes les facultés de l'âme réside dans le *Fantôme*, qui perçoit toutes les impressions. Il montre ensuite que celui-ci peut exercer des actions mécaniques sur les objets matériels comme sur les personnes présentes, qu'il peut se transporter et même agir fort loin du corps dédoublé. Récapitulant ses observations et ses remarques, l'auteur affirme que le *Fantôme* se dédouble lui-même et que ses parties dédoublées constituent, ainsi que le corps visible, autant d'instruments que la nature met à la disposition de l'âme pour s'exprimer sur les divers milieux qu'elle traverse pendant le cours de la longue évolution. Il conclut enfin que le *Dédoublement du corps humain* est un fait indiscutable, qui nous fait entrevoir l'immortalité.

En permettant d'étudier l'âme séparée du corps, le *Fantôme des vivants*, œuvre scientifique de la plus audacieuse originalité. place la psychologie expérimentale sur un terrain nouveau qui paraît extrêmement fertile en résultats inattendus. Il intéresse non seulement les savants, mais tous les penseurs qui, en admettant que la mort n'est qu'un changement d'état et la vie actuelle un chaînon de l'immortalité, cherchent à soulever le voile qui recouvre notre individualité et notre destinée.

Faculté de Médecine de Paris.

du 21 au 26 juin 1909.

EXAMENS DE DOCTORAT.

Lundi 21 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Hartmann, et Lejars ; (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Gosset ; — M. Macaigne, suppléant. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Segond, Walther et Mauclaire ; (2e série) : MM. Delbet, Monod et Ombrédanne ; (2e partie): MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset ; — M. Sicard, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Mardi 22 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Faure et Marion ; (2e série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Lenormant ; (2e partie) : MM. Gilb. Ballet, Jeanselme et Carnot ; — M. Gouget, suppléant. 5e (obstétrique), — *Clinique Tarnier* (1re partie), MM. Bar, Brindeau, et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 23 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Krmisson, Walther et Legueu ; (2e série) : MM. Delbet, Gosset et Ombrédanne ; (3e série) : MM. Monod, Lejars et Mauclaire ; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Legry et Sicard ; (2e série) : MM. Roger, Macaigne et André Jousset ; — M. Lœper, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, neuf heures du matin (1re partie), MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Vendredi 25 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker*, (1re série) : MM. Delbet, Legueu, et Gosset ; (2e série) : MM. Hartmann Mauclaire et Ombrédanne ; — M. André Jousset, suppléant. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Langlois, suppléant.

Samedi, 26 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Fernand Bezançon ; (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes Demelin et Jeannin ; — M. Launois, suppléant.

THÈSES.

Mercredi 23 juin, à une heure. — M. Guyénot. Les fonctions de la vessie natatoire des poissons Péléostuns. (MM. Ch. Richet, président ; Reclus, Gley, et Marcel Labbé). — M. Chevassu-Périgny. De la fréquence de l'appendicite chronique. (MM. Reclus, président ; Ch. Richet, Gley et Marcel Labbé). — M. Cléret. De l'autoplastie par grand décollement, spécialement dans l'amputation du sein (méthode de M. Morestin). (MM. Segond, président ; Hartmann, Branca et Zimmern). — M. Hautefort. Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire. (MM. Hartmann, président ; Segond, Branca et Zimmern.)

Jeudi, 24 juin, à une heure. — M. Rocca-Serra. Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique du tannate de quinine. (MM. Debove, président ; Chauffard, Fernand Bezançon et Castaigne). — M. Koch. Etudes bactériologiques sur le méningocoque. (MM. Chauffard, président ; Debove, Fernand Beçanzon et Castaigne). — Mlle Chablesvky Les complications mortelles de la chorée. (MM. Hutinel, président ; Gelb. Ballet, Claude et Nobécourt). — M. Petit. Le cerveau et l'appareil surrénal. (MM. Gilb. Ballet, président ; Hutinel, Claude et Nobécourt).

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la valeur sémiologique du « signe du sou » de Pitres, et l'importance de sa recherche systématique dans les épanchements pleuraux;

Par Henri VERGER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Médecin des Hôpitaux.

Le « signe du sou », découvert par Pitres en 1881 dans les épanchements liquides de la plèvre et étudié longuement par Sieur en 1883 dans sa thèse de doctorat (1), a eu et a encore une grande vogue dans le milieu médical issu de l'école de Bordeaux (2). A Paris, il n'en a pas été de même; on ne le recherche guère autrement que pour mémoire et les auteurs des articles les plus récents dans les traités classiques ne font que le mentionner en quelques mots. Dans le traité de médecine publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud, M. Netter, à l'article *pleurésie* (tome IV, p. 991, 1re édition) dit : « Si l'on ausculte la poitrine pendant que, sur un point opposé, on percute avec deux pièces de monnaie on entend, partout où il existe du liquide un son clair argentin ; ce « signe du sou », décrit par Sieur, peut être utile dans quelques cas». Dans le traité de médecine publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, M. Landouzy, après avoir en deux lignes décrit la technique de la recherche du signe du sou, dit simplement (tome VIII p. 59, 1901) : « partout où il y a du liquide il y a un son très clair et argentin ». Dans la plupart des précis de pathologie interne, sauf celui de Collet, le signe du sou n'est même pas mentionné.

Le dédain du « signe du sou » ne laisse pas de surprendre ceux qui ont été à même d'apprécier tous les services qu'il peut rendre au clinicien dans la solution des difficiles problèmes cliniques que les pleurésies présentent à chaque instant. Aussi bien je me propose d'indiquer brièvement pour quelles raisons, dans les hôpitaux de Bordeaux, on fait systématiquement la recherche de ce signe auquel on s'accorde à reconnaître la plus grande valeur.

I. Il est bien entendu que le signe du sou ne peut être considéré comme pathognomonique de l'existence d'une collection liquide. En effet, l'étude des conditions physiques de la transsonance thoracique aboutit aux conclusions suivantes (3) :

« 1° Lorsque entre le point percuté et le point ausculté existe une couche continue de tissu spongieux ou aréolaire le bruit transsonnant est assourdi.

2° Lorsque entre le point percuté et le point ausculté, existe une cavité pleine de gaz susceptible de former caisse de résonnance, le bruit transsonnant est renforcé et prend le timbre d'airain.

3° Lorsqu'entre le point percuté et le point ausculté, existe une couche continue de substance physiquement homogène solide ou liquide, le bruit transsonnant reste clair, aigu, argentin.

4° Lorsqu'entre le point ausculté et le point percuté existent des couches successives de tissus de composition différente, les uns aréolaires et mauvais conducteurs des vibrations sonores, les autres homogènes et bons conducteurs des vibrations sonores, les modifications du bruit transsonnant sont commandées par la couche de tissu mauvais conducteur des sons. Le bruit arrive à l'oreille sourd et étouffé. »

Ces propositions expliquent les deux conditions principales dans lesquelles le signe du sou reste infidèle.

D'une part, en effet, en application de la troisième proposition, le bruit de percussion métallique se transmet avec un timbre clair et argentin à travers les tissus solides compacts et homogènes, comme le foie et les indurations du poumon, à la condition que les noyaux indurés soient suffisamment homogènes et suffisamment étendus pour occuper toute l'épaisseur d'un lobe, condition infiniment rare dans les inflammations pneumoniques et bronchopneumoniques et qui est au contraire la règle dans la spléno-pneumonie. Il en résulte que la recherche du signe du sou ne peut pas servir à déterminer la limite inférieure d'un épanchement pleural droit et qu'il ne peut pas non plus servir au diagnostic différentiel de la pleurésie et de la spléno-pneumonie. Nous avons pu nous-même vérifier ce dernier point chez un malade qui présentait par ailleurs tous les signes d'un épanchement pleural gauche avec signe du sou d'une netteté parfaite et chez lequel des ponctions exploratrices répétées n'amenèrent pas de liquide. Heureusement que la spléno-pneumonie est une affection rare.

D'autre part, il existe des cas, également très rares, dans lesquels le liquide pleural, au lieu de refouler le poumon en haut et de former dans la partie inférieure de la plèvre une couche liquide homogène, ne peut déplacer le poumon fixé par des adhérences, en sorte que, entre le point percuté et le point ausculté, il existe au moins deux couches, l'une liquide et homogène, l'autre formée par du tissu pulmonaire hétérogène, et dans ces conditions, comme l'exprime la quatrième proposition, le bruit se transmet avec un son étouffé comme à travers un poumon normal. Dans l'ouvrage cité plus haut, M. Pitres rapporte un cas où le poumon farci de nodules tuberculeux, était fixé du haut en bas de la gouttière vertébrale par des adhérences anciennes très épaisses formant ainsi un coussin de tissu hétérogène interposé entre la paroi thoracique postérieure et le liquide accumulé en avant. M. le professeur Moussous nous a rapporté oralement le résultat de l'autopsie d'un enfant atteint de pleurésie chez lequel le signe du sou avait manqué. Dans ce cas, les adhérences avaient fixé le poumon à la partie inférieure du thorax, de telle sorte que d'avant en arrière il y avait une première loge contenant du liquide puis une lame de tissu pulmonaire et enfin une seconde loge liquide en arrière, soit deux couches liquides séparées par du tissu spongieux. C'est pour des raisons du même ordre que le signe du sou manque dans les pleurésies interlobaires.

II. Ces réserves étant faites et on voit qu'elles ne s'appliquent en somme qu'à des cas exceptionnels, *le signe du sou apparaît comme le plus constant et le plus sûr de tous les signes qui composent le syndrome liquidien*. Dans les cas typiques de pleurésie avec épanchement de grand ou de moyen volume, les signes classiques se trouvent presque toujours réunis et permettent un diagnostic facile. S'il en était toujours ainsi, le dédain manifesté par les auteurs pour le signe dont nous parlons serait justifié dans une certaine mesure. Mais il est des cas nombreux dans lesquels beaucoup de signes manquent et où le praticien ne laisse pas que d'être embarrassé, avec les seules ressources de la séméiologie classique ; c'est alors que le signe du sou acquiert la plus grande valeur. On peut ranger les cas de ce genre sous trois rubriques principales :

1° Ce sont en premier lieu les pleurésies des cardiaques et des brightiques, qui s'établissent à bas bruit et dans les-

(1) Sieur. — Thèse de Bordeaux, 1883.
(2) Davezac. — Société de médecine de Bordeaux. *Bulletin* 1885, p. 424.
(3) A. Pitres. — Les signes physiques des épanchements pleuraux, Bordeaux, 1900, p. 110.

quelles nous avons vu plusieurs fois le signe du sou constituer le seul symptôme positif de l'épanchement liquide. L'observation suivante en est un exemple. Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré le 13 avril 1909 à l'hôpital St-André avec des symptômes d'asystolie, que l'examen du cœur permet d'attribuer à une myocardite chronique ; ce malade était grandement amélioré à la suite d'un traitement par la strophantine, lorsque le 28 avril on fit la découverte d'un épanchement dans la plèvre gauche. Cet épanchement se traduisait seulement par deux signes nettement positifs. En effet, en arrière, la base du poumon était mate, et dans cette aire de matité impossible à délimiter nettement dans la partie supérieure, les vibrations vocales étaient seulement affaiblies ; il n'y avait ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone ; le murmure vésiculaire diminuait graduellement d'intensité du haut en bas de la poitrine. Il n'y avait là rien de bien spécial et chez cet homme qui sortait à peine d'une crise de grande asystolie, qui conservait encore de l'œdème des membres inférieurs et de l'arythmie cardiaque avec de la dyspnée d'effort, il était légitime de ne pas y voir autre chose que des signes de congestion passive.

Cependant, on fut amené à constater que l'aire de Traube, sonore dans le décubitus dorsal, devenait mate quand on percutait le malade assis, et la constatation de ce fait nous incita à rechercher le signe du sou, qui se montra positif. La ponction exploratrice confirma le diagnostic qui n'avait été posé que grâce à ces deux symptômes : matité variable de l'aire de Traube, et signe du sou. La recherche systématique de ce dernier chez tous les cardiaques du service a permis de déceler des épanchements de même allure générale que celui dont il vient d'être question et qui sans cela seraient pour la plupart passés inaperçus.

Le signe du sou rend des services du même ordre dans le diagnostic des épanchements qui accompagnent quelquefois la pneumonie franche, ou de ceux qui font partie intégrante du syndrome de la congestion pleuro-pulmonaire de Potain et Barié.

Le diagnostic de l'épanchement pleural, généralement peu abondant, est rendu dans tous ces cas fort difficile par la complexité et le caractère atypique des signes de percussion et d'auscultation. L'épanchement pleural risque fort de passer inaperçu, et quand il est diagnostiqué, ses limites ne peuvent être fixées avec quelque précision par la seule considération des limites de la matité et de l'étendue des phénomènes sthétoscopiques. Seule la constatation du timbre argentin de la transsonnance métallique permet le diagnostic ferme d'épanchement, et comme le timbre change brusquement à la limite supérieure du liquide, on peut du même coup déterminer avec une précision suffisante la hauteur de l'épanchement.

2° Dans les *pleurésies des petits enfants*, en particulier dans la pleurésie purulente pneumococcique, dont le diagnostic précoce est de la plus grande importance, tous les auteurs s'accordent à reconnaître combien les signes classiques sont infidèles. Il n'est pas rare de voir le murmure vésiculaire persister à peine affaibli, et inversement des broncho-pneumonies peuvent donner lieu à des souffles dont la ressemblance avec le souffle pleurétique peut fort bien donner le change. Netter, à l'article *pleurésie* du Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan, signale toutes les difficultés de ce diagnostic, et reconnaît que nombreux sont les cas où la pleurésie est restée méconnue pendant des semaines et des mois. Un élève du professeur Moussous, le Dr Lamarque, a montré dans sa thèse de doctorat tout le parti qu'on pouvait tirer de la recherche du signe du sou dans les cas de diagnostic difficile (1), tout en remarquant que ce signe manque plus fréquemment que chez l'adulte, peut-être à cause de la plus grande fréquence chez l'enfant des dispositions anatomiques anormales de l'épanchement dont il a été question plus haut. De son étude consciencieuse il nous paraît en tout cas ressortir la nécessité de la recherche systématique du signe du sou dans tous les cas, et ils sont nombreux dans la pratique infantile, où la présence d'une pleurésie peut être seulement soupçonnée.

3° Les deux cas précédents se réfèrent à des faits où le diagnostic de l'existence d'un épanchement est très difficile dès le début avec les seuls signes classiques.

Dans les pleurésies franches de l'adulte il n'en est pas de même, du moins dans les premiers jours et de fait les erreurs sont rares. Mais il est un moment de l'évolution de cette affection où le médecin, réduit à ces seuls signes, peut se trouver fort embarrassé. C'est quand l'épanchement commence à décroître. Il arrive alors que par suite du dépôt de fausses membranes entre les deux feuillets de la plèvre, par suite de l'épaississement de ces feuillets, dans la zone d'où le liquide disparaît, les mêmes signes persistent, matité, disparition des vibrations locales, souffle ou disparition du murmure vésiculaire, sans que l'apparition des frottements vienne toujours constituer un signe certain de l'absence du liquide.

Dans ces conditions, qui se rencontrent fréquemment, il n'est plus possible d'apprécier la descente du niveau supérieur du liquide, et même, à un moment donné, il n'est plus possible de savoir exactement s'il existe encore du liquide épanché. La ponction exploratrice constituant un moyen extrême de diagnostic dont il convient de ne pas abuser dans ces cas, le signe du sou reste la seule ressource du médecin, qui lui permette de suivre la baisse progressive du liquide jusqu'à sa disparition.

Nombreuses sont les observations dans lesquelles son absence a constitué notre ultima ratio. Il nous souvient, notamment, d'un malade envoyé à l'hôpital par son médecin inquiet de la persistance de tous les signes classiques d'un épanchement assez volumineux, chez lequel le caractère négatif du signe du sou nous permit d'éviter une ponction inutile.

III. — Enfin la recherche systématique du signe du sou peut permettre un diagnostic que les auteurs les plus compétents jugent presque impossible, celui de la *pleurésie putride*. Un de ceux qui ont le mieux étudié cette redoutable maladie, le professeur Dieulafoy, dit à ce sujet (2) : « Le diagnostic des pleurésies putrides est impossible avant la ponction : toute pleurésie putride est accompagnée, il est vrai, de symptômes généraux rapidement graves, petitesse et accélération du pouls, angoisse dyspnéique, prostration, tendance à l'adynamie et au collapsus, symptômes qu'on retrouve rarement dans d'autres variétés de pleurésies. En pareil cas, l'adjonction d'un pneumothorax est en faveur de la putridité ; néanmoins la nature putride de l'épanchement ne peut être établie que par la ponction exploratrice.... De plus la ponction doit être suivie immédiatement de thoracotomie avec ou sans résection costale, car le trajet de l'aiguille aspiratrice à travers les tissus peut s'infecter rapidement et devenir en quelques heures l'occasion d'un phlegmon diffus gazeux d'une gravité exceptionnelle ». Nous citons en entier ce passage pour bien faire saisir l'intérêt capital qui s'attache à un diagnostic précoce et à l'emploi de la ponction

(1) Lamarque. — De la valeur de la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic de la pleurésie chez l'enfant. Thèse de Bordeaux, 1897-98.

(2) Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 13e édition, t. I, p. 627.

seulement quand la thoracotomie peut la suivre de près, ce qui est facile à l'hôpital, mais peut rencontrer des difficultés dans la pratique de la médecine des campagnes. Tout le diagnostic tourne en somme autour de la constatation d'un pneumothorax. Or ce pneumothorax, s'il est précoce, est le plus souvent peu abondant, c'est-à-dire que les signes classiques de la présence des gaz dans la plèvre manquent de netteté. Rien n'attire l'attention de ce côté et n'engage à pousser l'examen plus loin, notamment à rechercher le bruit d'airain de Trousseau et la succussion hipocratique. Mais si on pratique systématiquement la recherche du signe du sou, on constatera au-dessus de la zone liquidienne la modification spéciale décrite par Trousseau sous le nom de bruit d'airain, modification qui est pathognomonique du pneumothorax. Deux fois mis en présence de malades chez lesquels le diagnostic d'épanchement pleural vraisemblablement purulent s'imposait, nous avons pu, par cette seule constatation, faire avant toute ponction le diagnostic de la pleurésie putride. Le bruit d'airain était en effet le seul signe d'un pneumothorax, qui ne se décelait ni par du tympanisme, ni par une respiration à timbre amphorique.

La haute importance pratique des faits que nous venons de signaler rapidement ne saurait être méconnue. Aussi bien le but de cet article n'était pas seulement de réagir contre la place trop minime accordée au signe du sou dans les traités classiques, mais surtout de montrer l'utilité que peut avoir sa pratique systématique dans les cas douteux comme dans ceux mêmes où le diagnostic de pleurésie est solidement établi par ailleurs.

Contribution à l'étude du traitement de la méningite cérébro-spinale ;

Par S. HEYRAUD,
Médecin aide-major de 1re classe au 6e régiment d'infanterie à Saintes.

Au mois d'avril dernier, étant seul médecin militaire dans la place de Saintes, nous avons eu à soigner un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques.

Etant donnée la manière foudroyante dont la maladie s'est déclarée, plongeant le malade d'emblée dans une sorte de sub-coma pendant plus de 24 heures et, donnant, dès le premier jour, par la ponction lombaire, un liquide céphalo-rachidien purulent, nous pensons que la guérison est due au traitement et nous croyons devoir publier notre résultat pour contribuer à la vulgarisation d'une méthode qui nous a paru merveilleuse, même dans un cas désespéré.

Voici le fait tel qu'il s'est passé :

OBSERVATION. — Le soldat F... assiste le 19 avril 1909 à un exercice d'ensemble au champ de manœuvre. A 6 heures du soir, il me fait appeler et je constate une température de 39°9. Je l'envoie à l'hôpital où je lui prescris un traitement anodin. Le 20 avril, à 6 heures du matin, un infirmier vient me rendre compte que F... a passé une très mauvaise nuit et a eu entre autres quelques vomissements verdâtres. Effectivement, je trouve mon malade sans connaissance, la tête renversée en arrière, le dos arqué, les jambes fléchies. Il est très agité, se redresse et se retourne dans son lit. La pression des globes oculaires est douloureuse, les réflexes rotuliens sont abolis. La vessie est distendue par l'urine et la miction spontanée supprimée.

Je diagnostique une méningite et je décide la ponction lombaire. Je retire 30 à 40 c. c. de liquide absolument purulent que j'envoie au laboratoire du 18e corps à fin d'analyse bactériologique.

J'inaugure alors le traitement suivant :

Matin. — Injection de sérum anti-méningococcique intra-rachidienne .... 15 centim. cubes.
Injection sous-cutanée .... 25 centim. cubes.

Total .... 40 centim. cubes

Injection intra-veineuse d'électrargol. .... 2 centim. cubes 5
Injection sous-cutanée d'électrargol.... .. 7 centim. cubes 5
Soir :
Injection sous-cutanée d'électrargol......... 10 centim. cubes.

Total .... 20 centim. cubes.

Matin et soir. — Toutes les 3 ou 4 heures, bains à 39 ou 40°.

Malgré ce traitement, le malade reste tout le jour sans connaissance. Il ne reconnaît ni son père ni sa mère, ni sa femme, ni ses frères. Il est fort agité et se blesse à plusieurs reprises dans son bain. Le cathétérisme de la vessie est toujours nécessaire.

21 *avril.* — Le malade a repris partiellement connaissance vers les 5 heures du matin. Il me reconnaît ainsi que son frère. La connaissance complète n'est recouvrée que vers les 10 heures.

Le traitement est le suivant :

Balnéation chaude toutes les 3 ou 4 heures,

Matin : Ponction lombaire. Je retire 40 centim. cubes de liquide céphalo-rachidien purulent à peu près aussi trouble que celui de la veille.

Injection intra-rachidienne de sérum anti-méningococcique 20 c. c.

Injection sous-cutanée d'électrargol 10 c. c,

Injection de sulfate de spartéine 0.05 c. c.

Soir : Electrargol intra-veineux 10 c. c.

Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Chloral.

Au total pour les 24 heures : sérum 20 c. c.

Electrargol 30 c. c.

22 *avril.* — Le malade a pleinement repris sa connaissance. Il se plaint moins, paraît moins agité et donne l'impression d'un mieux réel, bien qu'il souffre encore beaucoup et soit très raide. La ponction lombaire ne permet de retirer qu'environ 5 c. c. de liquide à peu près clair. Il y a donc bien une amélioration anatomo-pathologique.

Traitement : Bains toutes les 3 ou 4 heures.

Matin : Ponction lombaire non suivie d'injection intra-rachidienne.

Electrargol sous-cutané 20 c. c.

Soir : Electrargol intra-veineux, 10 c. c.

Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Spartéine.

Chloral.

Au total dans les 24 h. 40 c. c. d'électrargol.

23 *avril.* — Le malade est moins raide et beaucoup pl calme. Cependant je constate de fausses intermittences cardiaques.

Traitement : Balnéation.

Matin : Pas de ponction lombaire.

Sérum sous-cutané 10 c. c.

Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Soir : Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Spartéine.

24 *avril.* — Rien de particulier. Le mieux se maintient.

Traitement : Balnéation chaude.

Matin : Ponction lombaire blanche. Le liquide céphalo-rachidien a formé une goutte au bout de l'aiguille, mais ne s'est pas écoulé manquant de pression. Nous n'avons pas aspiré.

Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Soir : Electrargol sous-cutané 10 c. c.

Spartéine.

25 *avril et jours suivants.* — Le mieux s'accentue ; le 30, c'est-à-dire le 11e jour, la température redescend à la normale et s'y installera définitivement le 4 mai, c'est-à-dire le 15e jour. Le traitement, en dehors d'indications symptomatiques accessoires, ne consiste plus que dans la balnéation chaude et dans l'injection quotidienne d'électrargol à la dose de 10 c. c.

3 *mai.* — Ascension thermique fugace avec céphalée dues vraisemblablement à la visite, la veille, de toute sa famille.

Traitement : Bains, injection sous-cutanée de sérum anti-méningococcique 10 c. c.

4 *mai et jours suivants*. — La température se maintient normale. La convalescence peut être considérée comme commencée. Les bains sont maintenus quelques jours, mais diminués de nombre. Toute médication supprimée. L'alimentation est ordinaire.

Comme l'observation qui précède le fait ressortir, les points essentiels du traitement que nous avons appliqué ont été :

1° La ponction lombaire ;

2° L'injection consécutive intra-rachidienne et sous cutanée de sérum anti-méningoccique ;

3° La balnéation à 39 ou 40° ;

4° Les injections intra-veineuses et sous-cutanés d'électrargol ;

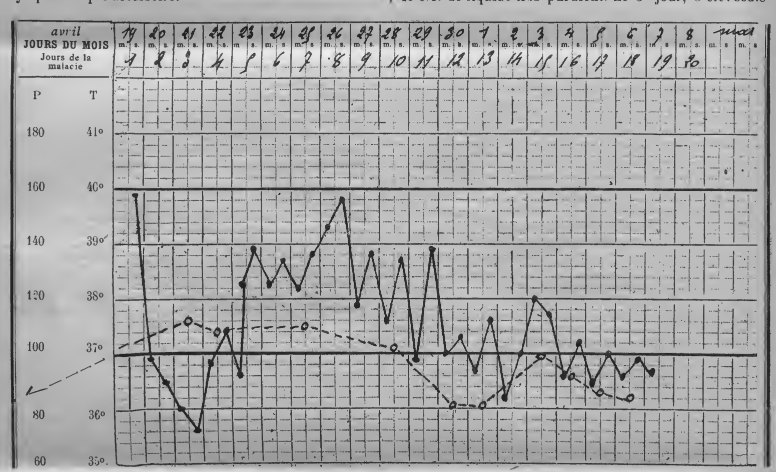
5° Nous avons fait simultanément une thérapeutique symptomatique accessoire.

cérébrale, et jamais la céphalée consécutive à une forte ponction ne nous a paru devoir être plus forte qu'élle ne l'aurait été avec l'aiguille du Tuffier. M. le médecin major de 1re classe Guillaume, médecin-chef des salles militaires de l'hospice de Saintes, avec qui j'ai eu l'occasion de faire de nombreuses ponctions lombaires, préfère, lui aussi, l'aiguille de Dieulafoy.

Avec cette aiguille, on obtient facilement la sortie en jet du liquide. Il est facile avec le doigt de modérer ce jet. Nous avons longtemps attendu le goutte à goutte avant de retirer l'aiguille chez un enfant auprès duquel nous avons été appelé, nous nous sommes guidé sur la céphalée et sur son augmentation vers la fin de l'écoulement, sans nous effrayer du reste.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons fait chez notre malade la ponction lombaire 3 jours consécutifs.

Les 2 premiers jours, nous avons retiré à chaque fois 40 c.c. de liquide très purulent. Le 3e jour, 5 c.c. seulement de liquide à peu près clair. Nous sommes persuadé que si, au lieu de faire la ponction lombaire quotidienne nous l'avions faite tous les 3 ou 4 jours, c'eût été au grand détriment du malade qui probablement n'aurait pas attendu sa 2e ponction. Nous croyons que le fait d'avoir retiré le plus tôt possible le liquide purulent n'a pas été sans avoir une importance capitale dans l'évolution de la maladie. Mais, bien entendu, cette ponction ne saurait être préconisée seule. Il faut la faire suivre d'injections intra-rachidiennes de sérum ou à son défaut d'électrargol, comme l'a préconisé M. Chambelland dans un article récent. (*Presse médicale*, 7 avril 1909.)



1° *Ponction lombaire*— Etant donné le cas suraigu en présence duquel nous nous trouvions, nous avons pratiqué la ponction trois jours consécutifs. Nous nous sommes servi de l'aiguille n° 3 du gros aspirateur de Dieulafoy, aiguille plus grosse que celle de Tuffier et de longueur analogue. Cette dernière en effet a le gros inconvénient d'être souvent imperméable pour le liquide céphalo-rachidien. Nous avons vu faire par des médecins compétents avec l'aiguille de Tuffier des ponctions blanches alors qu'ils avaient bel et bien pénétré dans la cavité rachidienne. Nous-même avec une aiguille de Tuffier perméable à l'eau, nous avons fait de nombreuses ponctions blanches et, toutes les fois qu'en présence de cet échec, nous avons eu recours à l'aiguille plus grosse de l'aspirateur Dieulafoy, nous avons eu issue, même en jet, de liquide céphalo-rachidien. Jamais avec l'aiguille de Dieulafoy, nous n'avons eu, le moindre incident de décompression

II. — *Sérum anti-méningococcique*. — Le sérum a été pratiqué à haute dose. Nous l'avons injecté en partie dans la cavité rachidienne après la ponction lombaire, en partie sous la peau. Le sérum nous a été fourni par la préfec-

ture, il ne portait aucune indication d'auteur. Nous avons administré 40 c.c. le premier jour (dont 15 intra-rachidiens), 20 le second (intra-rachidiens) 10 le 3e jour (sous-cutanés), 10 le 4e (sous-cutanés et à titre préventif d'une rechute). Nous attribuons au sérum un rôle primordial, mais surtout au sérum intra-rachidien.

III. — *Balnéation.* — Nous avons appliqué la balnéation à 39 ou 40° toutes les 3 ou 4 heures. Son effet sédatif a été remarquable et plusieurs fois notre malade a réclamé ses bains.

IV. *Electrargol.* — Nous avons injecté l'électrargol à doses élevées dans les veines et sous la peau. Au début uniquement sous la peau, ou dans les muscles les jours suivants. Les doses administrées ont été, dans les veines, 10 gr. ; sous la peau, 10, 20 et 30 gr., ce qui a porté les doses d'électrargol injecté le premier jour à 20 cc., le 2e à 30, le 3e à 40. Nous n'avons pas fait d'électrargol intra-rachidien, ayant obtenu par le sérum une clarification surprenante du liquide céphalo-rachidien.

V. Comme *traitement symptomatique accessoire*, nous avons employé la *spartéine*, *l'obscurité*, *la glace*, etc.

Grâce à ce traitement, nous avons guéri un homme qui eût certainement succombé avec les anciennes méthodes. Nous avons été vivement frappé, après avoir retiré un liquide céphalo-rachidien absolument purulent et presque visqueux, et cela dès les premières heures de la maladie, de voir ce liquide se clarifier et se tarir en quelques jours. La variété de méningite à laquelle nous avions affaire était une épidémique. Le laboratoire de Bordeaux, qui a analysé le liquide de notre première ponction nous a envoyé le télégramme suivant : Malade F, du 6e d'infanterie : liquide céphalo-rachidien purulent, très fortement albumineux. Dépôt de centrifugation très abondant, presque uniquement formé de polynucléaires. Diplocoques nombreux ayant la morphologie et les réactions du méningocoque de Weichselbaum.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service de Bourneville à Bicêtre

La semaine dernière, le docteur Robert Sorel parlait à cette place même des vendredis du *Progrès Médical*.

A mon tour, je veux rappeler cette époque, hélas trop éloignée, où j'étais l'interne de Bourneville à Bicêtre. C'était là que le maître se plaisait tout particulièrement, il aimait ce service qu'il avait créé de toutes pièces. Que de fois il m'a raconté les luttes qu'il avait engagées avec l'administration et surtout avec les architectes pour mener à bonne fin la réalisation de ses idées. De toutes les difficultés, il avait triomphé ; aussi était-ce avec une joie non dissimulée qu'il faisait visiter son service à tous ces étrangers qui venaient en étudier le mécanisme et s'inspirer de procédés médico-pédagogiques qu'ils transportaient ensuite dans leurs pays.

La notoriété que Bourneville avait à l'étranger a été ignorée de beaucoup de ses collègues français, elle était pour lui un titre de gloire qu'il taisait d'ailleurs modestement ; je l'ai vu une seule fois en parler publiquement, c'était certain jour où ses ennemis politiques, à bout d'arguments et surtout poussés par une passion qui a duré trop longtemps, mettaient en doute l'utilité de ses efforts et considéraient comme immoraux les examens de puberté de ses malades.

Ce reproche était le dernier à lui faire : nul, plus que lui ne respectait les enfants, il les aimait.

Il n'admettait aucune défaillance de la part de son personnel ; à peine arrivé dans son service, il inspectait les ateliers, la gymnastique, il contrôlait la façon de donner les douches, il vérifiait si les fenêtres des dortoirs étaient ouvertes, etc.

Parvenu dans son cabinet, il se faisait présenter les malades, priait les infirmières de lire les observations qu'elles avaient recueillies au cours de leurs gardes, il écoutait les rapports de ses surveillants, rapports qui avaient du reste le don de l'irriter. Aussi, tout en fumant un ballon d'oxygène, s'emportait-il contre eux, contre leur incurie, il prétendait qu'il n'était pas aidé ; le calme renaissait quand il parlait à ses internes et c'étaient plus poliment qu'il les rappelait à leur devoir.

Beaucoup des élèves de Bourneville n'ont pas compris sa nature ; attachés par force à son service, ils restaient étrangers à ces malades qu'ils coudoyaient quotidiennement, ne voyant que l'ennui des longues observations que le maître réclamait d'eux.

C'étaient cependant des documents incomparables qu'ils avaient entre les mains, et ce que de jeunes élèves ne comprenaient pas, de vieux internes, des anciens internes et des maîtres l'appréciaient, et venaient constamment réclamer les cerveaux de malades dont l'histoire pathologique avait été ainsi recueillie dans tous ses détails. C'est en vivant près de Bourneville dans son service de Bicêtre qu'on voyait en lui le parfait clinicien, créateur d'un traitement médico-pédagogique qu'on a pu perfectionner, mais qui reste et restera son œuvre personnelle.

G. PAUL-BONCOUR.

REVUE DES JOURNAUX

L'anonyme du Palatinat.

On sait que des expériences sur l'homme ont été faites, il y a quelque trente ans, pour élucider la contagiosité des accidents syphilitiques. L'une des plus célèbres est connue sous le nom de l'« *anonyme du palatinat* » car elle a été faite incognito devant la Société des médecins du Palatinat en 1855. Le Dr André Bing vient d'après ses recherches de révéler le nom de cet anonyme, le Dr Bettinger, et il rappelle à ce propos quelles furent les expériences réalisées :

Sur 14 individus inoculés avec des sécrétions de syphilides secondaires, 11 ont contracté la syphilis, dont 8 avec apparition de manifestations locales et générales, 3 avec manifestations locales seulement. Dans un autre groupe d'expériences, 9 personnes ont été inoculées avec du sang de syphilitique secondaire, et donnèrent 3 résultats positifs.

Que si maintenant le lecteur désire savoir comment s'y prit l'Anonyme pour observer, dans ses inoculations, « toutes les lois de l'humanité », nous serons bien embarrassé pour lui répondre. Tout ce que nous apprend à ce sujet la communication, c'est q e les inoculations furent pratiquées sur des personnes soumises depuis plus de trois ans à une observation médicale et qui, pour autant qu'on put approfondir ce point, n'avaient jamais eu la syphilis. Leur peau était absolument nette ; leur muqueuse bucco-pharyngée tout à fait intacte. La première série de 14 cas, la seule pour laquelle soient donnés les renseignements d'âge et de sexe comprenait 8 hommes et 6 femmes, dont les âges s'échelonnaient de 17 à 35 ans. (*La Chronique médicale*, 15 mai 1909, p. 305.)

Traitement des inflammations purulentes des extrémités par la teinture de savon.

On commence par appliquer sur la plaie ou dans le sillon unguéal un morceau de gaze sèche, en ayant soin de ne pas serrer ; on enveloppe ensuite le doigt d'une compresse imbibée de teinture de savon, que l'on recouvre de toile imperméable et de ouate sèche. Ce pansement est renouvelé, au début, tous les jours, puis tous les deux ou trois jours seulement.

Dans la plupart des cas, les plaies pansées à la teinture de savon ne sécrèteraient plus au bout de vingt-quatre heures. Se trouve-t-on en présence d'une nécrose, les parties nécrosées, au lieu de subir la fonte à laquelle le processus aboutit habituellement se laissent enlever à l'état sec au moyen d'une pince ; il en est notamment ainsi pour le bourbillon des furoncles.

Le pansement dont il s'agit n'irrite aucunement la peau, de sorte qu'il n'y a à craindre ni eczéma ni dermite. Sous l'influence de l'action durcissante de l'alcool, l'épiderme avoisinant acquiert la consistance du cuir, en même temps qu'il prend une coloration jaune : mais, sous cette couche altérée, on voit, dans la suite, se former un épiderme parfaitement sain. (*Semaine médicale*, 9 juin 1909, p. 272.)

Psychoses grippales et psychoses catarrhales.

Le Dr Rougé, d'une étude sur les psychoses de la grippe, aboutit aux conclusions suivantes :

I. — Les délires initiaux de l'influenza sont généralement bénins, au contraire ceux de la fièvre typhoïde, généralement très graves.

II. — Les psychoses grippales de la période fébrile revêtent surtout les formes de la confusion mentale.

III. — Les psychoses grippales, dites asthéniques, décrites comme psychoses de la convalescence, sont, le plus souvent, des psychoses de la période fébrile, et comme ces dernières, sont des variétés de la confusion mentale.

IV. — Les psychoses grippales de la convalescence revêtent habituellement les formes de la manie et de la mélancolie.

V. — Les psychoses grippales ont une physionomie qui leur est propre, des caractères qui les distinguent des autres psychoses infectieuses.

VI. — Comme la grippe épidémique, les affections catarrhales désignées vulgairement sous le nom de grippe donnent lieu à des psychoses qui paraissent avoir la plus grande ressemblance avec les psychoses grippales.

VII. — Les psychoses grippales et les psychoses catarrhales de la convalescence ont une tendance marquée à la mélancolie et au suicide. (*Annales médico-psychologiques*, mars, avril, mai, juin 1909.)

Sur l'intoxication par le bismuth et sur un succédané non toxique du bismuth pour les examens radioscopiques.

Après avoir expérimenté à cet égard l'oxyde de thorium, le cinabre, etc., M. Lewin arrêta définitivement son choix sur le fer. Sous la forme d'oxyde de fer magnétique (oxyde ferrosoferrique), ce métal répond parfaitement aux conditions requises en l'espèce, puisque, même à des doses élevées, il n'est pas toxique et que, d'autre part, il est imperméable aux rayons X au même degré que le bismuth. Sous d'autres formes (fer réduit, fer métallique, etc.), le métal en question se prête moins bien aux besoins de la radioscopie. Le fer métallique offre notamment l'inconvénient de donner lieu, en présence de l'acide du suc gastrique, à la formation d'hydrogène. L'oxyde de fer magnétique reste, par contre, presque insoluble dans le tube digestif.

Finement pulvérisé, il peut être mélangé à certains aliments, tels que la purée de pommes de terre, dans la proportion de 15 à 30 p. °/o, voire même davantage.

Les animaux ayant reçu ce mélange n'ont paru éprouver aucun trouble et ont parfaitement conservé leur appétit. Comme l'a démontré l'examen radiographique, la substance en question pénètre très loin dans l'intestin et pourra, par conséquent, faciliter considérablement l'étude du péristaltisme intestinal. (*Semaine médicale*, 9 juin 1909, p. 268.)

Délire critique du rhumatisme articulaire aigu chez un vieillard.

M. Roger rapporte l'observation d'un vieillard qui présenta, au décours d'un rhumatisme aigu et comme phénomène critique favorable, une crise de délire. Déjà, dans le cours de son rhumatisme, ce vieillard a présenté un peu de rêvasserie ; puis, une nuit le délire devient des plus intenses, il se continue pendant la journée et disparaît enfin assez brusquement, comme il est venu. C'est surtout un délire d'hallucinations ; ce n'est que pour se soustraire à des hallucinations terrifiantes que notre malade passe aux actes, s'agite, se lève, descend dans la rue. En même temps la température, qui, avant le début du délire, s'était élevée à 39 degrés, tombe à 37°5 ; les douleurs et le gonflement articulaires rétrocèdent complètement ; les urines augmentent ; le délire une fois disparu, le malade est guéri.

Il y aurait donc lieu de décrire dans le rhumatisme articulaire aigu, à côté de délires accidentels (alcoolique, salicylique, urémique, cardiaque, névrosique), des délires liés à la maladie elle-même ou à son évolution. Ces délires sont rares; ils peuvent être divisés en :

1° *Délire infectieux bénin ou sub-délire* ;

2° *Délire infectieux grave* auquel on peut conserver, selon l'usage, le nom de *rhumatisme cérébral* ;

3° *Délire critique*.

A ces délires prédisposent l'état névropathique, l'alcoolisme, l'insuffisance antitoxique.

Au point de vue de leur évolution et de leur pronostic, le premier, délire infectieux bénin, n'a pas de retentissement sur la maladie. Malgré son épithète de bénin, il doit toujours être attentivement surveillé ; car il peut n'être que le premier stade du second.

Celui-ci, le rhumatisme cérébral, est trop connu pour que nous insistions sur son pronostic.

Quant au dernier, le délire critique, il peut présenter des allures assez inquiétantes et offrir au début certaines difficultés de diagnostic avec le rhumatisme cérébral. Loin d'aggraver le pronostic, il est toutefois un bon signe de la terminaison rapide et heureuse de la maladie. (*Gaz. des hôp.*, juin 1909.)

Les cinématophtalmies (Troubles oculaires par cinéma).

L'électricité nous a donné l'ophtalmie électrique ; le cinématographe nous donne l'ophtalmie par cinématographe ou cinématophtalmie.

Les cinématophthalmies peuvent affecter différentes formes :

1° Les unes sont essentiellement temporaires et fugitives. Elles consistent en larmoiement, photophobie, obligeant le spectateur à fermer les paupières. Leur début coïncide avec le passage des premières images sur l'écran. Le plus souvent, quelques secondes de repos par l'occlusion suffisent à arrêter ces troubles oculaires ; 2° Certains troubles sont plus durables. L'adaptation rétinienne est impossible. Dès que le sujet veut ouvrir les paupières, les troubles reparaissent et il doit renoncer à regarder le spectacle. Au sortir de la représentation, il persiste un faible larmoiement, une légère rougeur de la conjonctive. Dans la majorité des cas, tout rentre rapidement dans l'ordre, et c'est fini.

3° Mais parfois, certaines formes peuvent être prolongées. Pendant deux, trois, quatre jours, rarement davantage — le sujet présente une véritable conjonctivite, *conjonctivite par cinéma*, habituellement sans agglutinement des paupières, mais avec rougeur de la conjonctive, cuisson et démangeaison, larmoiement et photophobie.

Quelquefois enfin, les troubles oculaires sont encore plus accusés et se traduisent par des phénomènes de fatigue visuelle réelle, *d'asthénopie rétinienne et d'asthénopie accommodative*. Pendant les deux ou trois jours que suivent le spectacle, le sujet accuse de la difficulté pour la vision de près (lecture, écriture, etc.) Dans tous les cas, l'acuité visuelle est restée normale, il n'existe aucun vice de réfraction, et à l'ophtalmoscope, on ne constate aucune lésion du fond de l'œil. (*Gazette des hôpitaux*, 10 juin 1909.)

Diagnostic différentiel des ictères infectieux et de l'ictère par intoxications chloroformiques.

Thooft donne dans les *Archives Médicales Belges* un tableau des caractères distincts qui permet d'établir le diagnostic.

Etat infectieux.	*Intoxication par le chloroforme.*
1° Fièvre constante ; t° très élevée.	Manque le plus souvent ou t° peu élevée.
2° Frissons.	Font presque toujours défaut.
3° Pouls et respirations accélérés, en harmonie parfaite.	Pouls accéléré, respiration normale ; harmonie rompue.
4° Fréquents abcès métastatiques ; endocardites ; métastases articulaires.	Manquent.
5° Exanthèmes fréquents.	Id.
6° Hémorragies de la peau (purpura) dans 50 0/0 des cas.	Existent, mais rarement.
7° Hémorragies rétiniennes très fréquentes.	Pas signalées.
8° Vomissements assez fréquents ; matières vomies rarement noires.	Vomissements très fréquents et opiniâtres ; matières vomies presque toujours noires.
9° Tendance à la diarrhée.	Manque.
10° Ictère rare, peu prononcé.	Très fréquent, parfois intense.
11° Anurie guère signalée.	De règle dans les cas graves.
12° Eventuellement, guérison lente.	Très rapide.

Au point de vue du pronostic des accidents tardifs du chloroforme, les formes légères d'albuminurie ou d'ictère se terminent rapidement par la guérison. Par contre, d'après certains auteurs, la mort serait la terminaison fatale des formes cholémiques graves. Il y a cependant des exceptions.

Des vomissements persistants, une grande fréquence du pouls et un ictère léger survenant après chloroformisation, devront toujours être considérés comme des phénomènes graves. Il sera indiqué alors de faire des lavages de l'estomac, d'administrer des excitants, et, surtout, d'introduire dans l'organisme une quantité considérable de liquide, soit par voie hypodermique, soit par lavements, etc.

En résumé, quand le foie ou le rein sont insuffisants — ne pas opérer — ou si l'intervention s'impose, éviter l'anesthésie générale et tout particulièrement la narcose chloroformique.

Dr Francis.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 juin 1909.

Sur la possibilité de conserver les animaux, après l'ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnésium, à leur nourriture. — M. ***A. Frouin*** a reconnu que le chlorure de calcium et le chlorure de magnésium, à la dose de 5 à 10 grammes par 24 heures, empêchent l'apparition des phénomènes de tétanie consécutifs à l'ablation des glandes thyroïde et parathyroïde et la cachexie strumiprive qui suit l'opération. De plus, les animaux qui ont suivi pendant 3 mois le régime, guérissent pour 4 mois au moins, probablement parce qu'il s'établit dans leur organisme des suppléances fonctionnelles.

D'après l'auteur, c'est en neutralisant l'acide carbonique et en favorisant son élimination que les sels de calcium et de magnésium agiraient.

L'arythmie cardiaque et la d'Arsonvalisation. — MM. ***Doumer*** et ***G. Lemoine*** font ressortir de leurs observations un parallélisme très frappant entre l'hypertension artérielle et l'arythmie extra-systolique, tel qu'on peut conclure que ces troubles cardiaques sont étroitement liés aux troubles de la circulation périphérique.

Dans leur traitement, on devra donc bien plus s'inspirer de l'état de la circulation artérielle que de celui du cœur lui-même. On peut même se demander si l'emploi des toniques ou des régulateurs du cœur, tels que la digitale et la caféine, et en général des médicaments cardiaques, n'est pas illusoire, sinon dangereuse.

Le cœur est arythmique non pas parce qu'il est affaibli, mais parce qu'il fournit un travail au-dessus de ses forces par suite de l'augmentation de la résistance du système périphérique. C'est donc une médication hypotensive, comme la d'Arsonvalisation, qu'il conviendra d'instituer.

Du traitement de la claudication intermittente et de la gangrène des extrémités inférieures par la d'Arsonvalisation. — M. ***A. Moutier.*** — Les lésions scléreuses des artères des membres inférieurs peuvent déterminer, par ischémie partielle, un trouble fonctionnel, la claudication intermittente, et si l'ischémie est totale, la gangrène. Cette dernière est le plus souvent la conséquence et l'aboutissant de la première. Or, l'une et l'autre de ces affections peut bénéficier de la d'Arsonvalisation, ce qui ne doit pas étonner, étant donnés les résultats obtenus dans la gangrène diabétique à l'aide de l'air chaud, et ceux qui ont été obtenus dans des troubles vaso-moteurs analogues à l'aide des courants à haute fréquence par le lit-condensateur.

Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1909.

M. ***Kauffmann*** donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Saint-Yves Ménard.

Sur le pouvoir antitryptique du sérum sanguin et sa valeur diagnostique. — M. ***Widal*** présente sur ce sujet, étudié dans son laboratoire, une note de M. ***Poggenpohl*** (de Saint-Pétersbourg).

Du traitement des cancers profonds, inopérables, par le rayonnement ultra-pénétrant du radium — M. ***H. Dominici*** signale à l'Académie les résultats qu'il a obtenus en traitant les cancers profonds et inopérables suivant une méthode radiumthérapique qui lui est personnelle.

Cette méthode consiste à introduire dans la masse des tissus cancéreux des appareils creux contenant un sel de radium pur dont le rayonnement est filtré par un étui de métal dense tel que l'or ou l'argent.

Parmi les résultats obtenus, Dominici note :

1° La disparition d'une tumeur maligne de la parotide, un lymphadénome, qui fut traité dans le service de M. Bazy, par l'introduction d'un appareil contenant 5 milligrammes de bromure de radium pur, inclus dans un cylindre d'or à paroi mesurant 5/10 de millimètre d'épaisseur. La guérison apparente se maintient depuis six mois ;

2° L'amélioration d'un sarcome inopérable du cou qui fut soigné, dans le service de M. Reynier, par introduction, dans la masse de la tumeur, d'un étui d'argent dont la paroi avait 5/10 de millimètre d'épaisseur et dont la cavité contenait 5 centigrammes de bromure de radium pur. Il se produisit une diminution de volume du sarcome et une mobilisation de cette tumeur, ce qui permit à M. Chifoliau, assistant de M. Reynier, de pratiquer l'opération, jusqu'alors impossible ;

3° La disparition d'un cancer de la parotide (épithélioma) qui fut soigné dans le service de M. Schwartz par le même procédé.

A ces résultats s'ajoutent des améliorations concernant d'autres tumeurs malignes, de nature et de siège variés, qui furent soignées dans les services de MM. Segond, Tuffier, Picqué.

Néanmoins, M. Dominici ne considère pas comme définitivement guéries celles même des tumeurs qui ont disparu depuis plusieurs mois. En effet, la guérison peut être compromise par la production des métastases ; quand le processus métastatique fait défaut, la crainte des récidives persiste encore.

Quoi qu'il en soit, l'application du rayonnement ultrapénétrant du radium au traitement de ces tumeurs a fourni deux résultats notables : elle a rendu opérables des sujets inopérables ; elle a supprimé ou atténué les troubles généraux ou lésions locales des malades atteints de tumeurs devant lesquelles désarmait la chirurgie.

Photothérapie de la tuberculose laryngée. — M. ***Nepveu*** en a obtenu de bons résultats.

Elections.— M. ***Schwartz*** est élu membre de l'Académie, dans la section de pathologie chirurgicale, ainsi que l'a annoncé le *Progrès Médical* dans son dernier numéro, par 76 voix sur 82 votants.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1909.

Pseudokyste pancréatique. — M. *Reynier* présente un rapport sur une observation de M. Savariaud concernant un pseudokyste pancréatique. Un homme, employé de gare, est tamponné par un wagon, et présente une grande sensibilité du ventre qui reste cependant assez souple. Les douleurs s'atténuèrent vite et 15 jours après, le malade quitte l'hôpital. Mais des troubles nerveux apparaissent; il entre dans le service de M. Lannois qui constate une tumeur abdominale et le renvoie en chirurgie. Cette tumeur est fluctuante et paraît animée de mouvements péristaltiques. M. Savariaud pratique la laparotomie et trouve une tumeur placée au-dessous de la vésicule biliaire qui n'a rien. Ce kyste soulève l'estomac qui recouvre sa paroi antérieure et qui eût fatalement été perforé 2 fois si on eût fait la ponction de cette poche. C'est donc un kyste de l'arrière-cavité. Ce kyste est ouvert, nettoyé, marsupialisé. La sécrétion qui se fait par le drain est bientôt claire, et l'analyse de ce liquide montre qu'il s'agit en réalité de liquide pancréatique. La fistule persista près de 2 mois. M. Reynier conseilla le régime antidiabétique et la fistule se ferma bientôt.

Ces kystes déterminent des troubles stomacaux précoces, surtout des vomissements. L'histoire du malade et la notion étiologique du traumatisme suivie du développement rapide des troubles stomacaux, font ou peuvent faire faire le diagnostic.

M. *Guinard.* — Je ferai remarquer que l'insufflation de l'estomac peut en ces cas aider au diagnostic en faisant momentanément disparaître la tumeur, ce qui élimine les tumeurs hépatiques.

La fulguration dans le cancer. — M. *Pozzi.* — J'ai fait faire dans mon service 19 fulgurations. Les cancers utérins non opérables ont donné des améliorations momentanées; seulement bientôt tout revenait en l'état. Dans 3 cas opérables, tous trois ont récidivé.

Sur 3 cancers du sein très graves, le résultat a été nul ; 2 cancers très favorables m'ont donné des succès, mais il en eût probablement été de même sans fulguration.

Il en a été de même dans les autres cas. Ces résultats sont donc peu encourageants et voici les conclusions auxquelles j'ai été amené : dans les cancers non opérables, le curetage suivi du fer rouge donne des résultats aussi bons que le curetage suivi de fulguration. Dans le cancer sein, l'ablation large donne des résultats aussi bons que la fulguration qui a l'inconvénient d'empêcher la réunion. Les indications de la fulguration dans le cancer sont donc restreintes : ce n'est qu'un procédé palliatif qui n'a d'intérêt que dans les régions vasculaires où elle paraît exposer moins que les autres procédés physiques aux hémorragies secondaires et autres accidents.

M. *Richard.* — La fulguration n'est peut-être pas aussi coupable qu'on l'a dit. Mais elle a ses indications. Faut-il fulgurer les cancers qu'on ne peut pas enlever aussi complètement qu'on le voudrait ? Oui, je crois que c'est une bonne pratique. Faut-il aussi fulgurer les tumeurs opérables qu'on peut enlever largement ? Je ne le crois pas, bien qu'on puisse parfaitement réunir après l'étincelage, et cela à cause des accidents possibles que l'on nous a signalés.

Quant aux récidives, nous en reverrons encore, la chose est certaine. Mais pour juger de leur fréquence relative, il faut attendre encore.

M. *Quénu.* — Les cas que nous ont montrés les fulgurateurs étaient des cancers cicatrisés et non des cancers guéris. Aussi n'ont-ils rien de concluant. En outre, il s'agissait toujours de cancers de la peau. Enfin, les examens histologiques étaient tous bien succincts et bien peu démonstratifs. Quant à la valeur de la fulguration comme palliatif, elle aussi me paraît être bien peu démontrée.

Traitement des occlusions intestinales par cancers. — M. *Bazy* lit un rapport sur deux observations de M. Savariaud concernant des cas d'occlusions dues à des cancers de l'intestin et traités l'un par la méthode lente : laparotomie suivie d'exclusion de la tumeur qu'on sectionne ultérieurement à l'entérotome ; d'où anus artificiel qu'on opère quelques mois après ; l'autre par la méthode rapide de l'exclusion de la portion malade avec iléo-sigmoïdostomie. Les résultats obtenus sont très nettement en faveur de la première de ces deux méthodes.

Rétrécissement dysentérique du rectum. — M. *Bazy* lit un rapport sur l'observation d'un malade atteint d'un rétrécissement du rectum analogue à un rétrécissement syphilitique mais consécutif à une dysenterie. Il lui fit un anus iliaque et M. Zimmern lui fit une électrolyse circulaire avec un succès durable.

Présentation de malades. — M. *Doyen* présente un enfant opéré par sa méthode rapide et par les voies naturelles d'une tumeur naso-pharyngienne qui avait chassé l'œil gauche hors de l'orbite, remplissait la cavité buccale et faisait hernie au dehors entre les arcades dentaires.

Cet enfant avait été jugé inopérable dans le service du Dr Sébileau où on lui avait pratiqué la trachéotomie d'urgence

Le petit malade est actuellement guéri. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 17 juin 1909.

Typhus exanthématique. — M. *Jaubert* lit un important mémoire clinique et anatomo-pathologique sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a atteint les indigènes du sud de la Tunisie et de la province de Constantine d'avril à mai 1909. Il publie 27 observations très complètes, et d'autant plus intéressantes que l'auteur avait déjà observé en 1894 une épidémie de cette affection assez rare (mémoire à l'Académie de médecine).

Le plus souvent, cette maladie redoutable débute brusquement, avec fièvre ardente, céphalées violentes, frissons, température de 40°, pouls précipité : la peau est chaude et sèche et présente de l'hyperesthésie au niveau de l'estomac et de l'abdomen le facies est vultueux, injecté ; les traits sont tirés, contractés, les yeux enfoncés dans les orbites : l'amaigrissement est extrême et rapide et les poumons sont le siège de broncho pneumonie : l'expectoration typique est grisâtre, striée de sang, sans pus : le typhus exanthématique n'est pas une maladie pyogène mais une toxhémie suraiguë. Le foie et la rate sont tuméfiés, il y a de la constipation : la diazo-réaction d'Ehrlich est positive ; la réaction de Widal est négative. Les phénomènes nerveux sont constants et intenses (délire de fugue). Enfin l'éruption apparaît vers le 2e jour environ : elle est caractérisée le plus souvent par un exanthème très rouge, à forme rubéolique, à papilles disparaissant à la pression ; d'autres fois sur les peaux bronzées des indigènes, l'éruption se traduit par des taches couleur café au lait et ressemblant à des syphilides pigmentaires. La température est très variable, à grandes oscillations, irrégulières.

La marche de la maladie varie sensiblement avec les différents cas : certains sont légers, assez même pour passer inaperçus : le plus souvent il s'agit d'une affection foudroyante, sidérante, qui amène la mort entre 30 heures et 2 ou 3 jours. Sur les 27 observations publiées, il y a eu 14 décès, soit 55 % de mortalité;

Le diagnostic est le plus souvent délicat, malgré les apparences ; il faut songer à la fièvre typhoïde, à la rougeole, à la grippe, à certaines formes de malaria.

Les 14 autopsies pratiquées ont montré que le typhus exanthématique était une toxhémie : le sang est noir, épais et poisseux : le foie, la rate, les reins sont hyperhémiés avec de nombreux infarctus ; le foie muscade présente des signes de dégénérescence graisseuse ; la rate est ramollie, diffluente, son parenchyme est réduit à l'état de bouillie noirâtre, l'intestin est petit et contracté, mais il est sain : les follicules clos, les plaques de Peyer, les ganglions mésentériques ne sont pas altérés. Le cœur est normal.

L'auteur croit que le typhus est dû à un tréponème ou un spirochète que révélera un jour l'ultra-microscope ; il émet l'opinion que sa transmission se fait probablement par les produits d'expectoration et que les insectes (poux, puces, punaises), ne sont pas étrangers à sa propagation.

Ni les injections de sérum, ni celles de quinine, de strychnine, d'huile camphrée, ni les bains froids n'ont amené d'amélioration dans les cas graves. Seules les injections intraveineuses d'électrargol à la dose de 15 à 40 centimètres cubes par jour paraissent lui avoir donné quelques résultats heureux.

Dans une discussion à laquelle prennent part MM. A. Billet, G. H. Lemoine, Chupin, Moty et Fischer, diverses observations

de typhus exanthématique sont rapportées, qui montrent l'importance qu'il y a à diagnostiquer tôt cette redoutable affection et à la différencier nettement et promptement des éruptions rubéoliques et de certaines formes de malaria.

Discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (suite). — M. ***Chupin*** insiste sur le rôle que jouent les vêtements souillés et les pantalons principalement dans la propagation de la fièvre typhoïde dans l'armée, et sur les mesures prophylactiques qui en découlent. L'auteur envisage ensuite les conséquences immédiates ou éloignées que peut entraîner pour l'armée l'acceptation intégrale des conceptions étiologiques récentes sur les porteurs de germes et les semeurs de bacilles.

M. ***Fischer*** montre, d'après les Allemands, que le pourcentage de porteurs chroniques d'Eberth chez les convalescents de dothiénentérie varie suivant les auteurs : il serait de 3 % pour Schneider, de 5 % pour Kayser, de 8 % pour l'Américain Park. Sur 100 cas de fièvre typhoïde, 5 seraient dus au contact de porteurs de germes (Schneider) : pour Koch, ce chiffre serait sensiblement de 4,3 : pour Forster il devrait être porté à 20, ce qui paraît exagéré. MM. Fischer et A. Billet citent des exemples de transmission de la fièvre typhoïde par des porteurs sains à très longue échéance, après 10 et même 52 ans.

Observation clinique. — M. ***Rouvillois*** présente une observation de corps étranger sous-glottique (caillou). (Tentatives infructueuses d'extraction par les voies naturelles, trachéotomie sans résultat. Descente du corps étranger dans la bronche droite. Expulsion par les voies naturelles par plan incliné.)

A. Dejouany.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du jeudi 27 mai 1909.

Pemphigus unilatéral par ramollissement cérébral. — M. ***Laignel-Lavastine*** présente le cerveau d'un homme de 64 ans, qui, 2 jours après un ictus déterminant une hémiplégie droite flasque, avec vaso-dilatation et hyperthermie du côté paralysé, présenta un pemphigus localisé sur la main et le poignet droits, sans aucune distribution tronculaire et radiculaire et sans aucun symptôme permettant de penser à une altération périphérique.

Dans le cerveau, on voit un gros ramollissement cortical du lobe temporal et un très petit ramollissement linéaire à l'extrémité externe et postérieure du noyau lenticulaire. Comme le malade avait déjà eu une hémiplégie droite avant un dernier ictus, l'examen histologique seul permettra de savoir auquel des deux ramollissements doit être rapporté le pemphigus.

Démence polynévritique. — MM. ***Deny*** et ***P. Camus*** présentent une malade dont ils ont pu suivre l'évolution démentielle.

Il s'agissait, au début, d'un syndrome de psycho-polynévrite alcoolique subaigu des plus typiques : confusion mentale hallucinatoire et délirante avec amnésie, fabulation, fausses reconnaissances, agitation, anxiété, etc... associée à une polynévrite prédominante aux membres inférieurs avec paraplégie, troubles sensitifs très riches, abolition des réflexes, atrophie musculaire.

Après douze à quinze mois, guérison progressive de la polynévrite et amélioration de l'état physique, mais persistance d'un affaiblissement démentiel partiel particulier, en partie conscient, fait surtout d'amnésie rétro-antérograde et continue, légère indifférence et diminution de l'activité générale.

Cette démence rapide mais incomplète, survenue chez une femme de 49 ans, à évolution si spéciale, à forme surtout amnésique, liée à la polynévrite antécédente, sur laquelle MM. Dupré et René Charpentier ont récemment attiré l'attention, présente un grand intérêt et mérite d'être décrite sous le nom de démence polynévritique.

Un cas de cénesthopathie à prédominance céphalique. — MM. P. ***Camus*** et ***Blondel*** présentent un malade atteint de troubles cénesthopathiques purs dans les territoires oto-rhino-pharyngien et cervico-facial.

Ces sensations étranges, gênantes, mais non douloureuses, à caractères insolites et indéfinissables, persistent sans modification depuis quatre ans. Elles ne s'accompagnent d'aucun trouble sensitif tactile, thermique ou douloureux, ne relèvent d'aucune altération organique saisissable aux examens répétés des spécialistes les plus minutieux. Elles ne provoquent chez le malade aucune perturbation des sphères intellectuelle, affective ou volontaire. Elles ne donnent lieu à aucune des réactions interprétative ou délirante, à aucune modification du ton de l'humeur ou de l'activité générale.

Comme chez les autres cénesthopathes décrits par MM. Dupré et P. Camus, il s'agit donc ici d'un syndrome particulier qui doit être absolument différencié des états neurasthéniques, obsédants, mélancoliques ou hypochondriaques.

Statistique sur la fréquence des récidives des accès de manie. — MM. ***Gilbert Ballet*** et ***René Charpentier*** présentent à la Société le tableau récapitulatif d'une statistique faite par eux à l'Asile clinique et portant sur tous les malades internés dans les asiles de la Seine de 1904 inclus à 1909.

D'après cette statistique, sur les maniaques de 15 à 20 ans, 5 % ont déjà été internés pour manie et mélancolie, 16 % de 20 à 25 ans, 21 % de 25 à 30 ans, 42 % de 30 à 35 ans, 46 % de 35 à 40 ans, 71 % de 40 à 45 ans, 67 % de 45 à 50 ans, 79 % de 50 à 55 ans. Enfin au-dessus de 55 ans, 95 % des malades admis à l'asile pour un accès maniaque ont déjà été internés pour un accès maniaque ou mélancolique.

65 % des cas de manie figurant dans la statistique se sont produits chez des femmes, 40 % chez des hommes.

D'après ces résultats, la manie simple, si elle existe, apparaît comme tout à fait exceptionnelle.

MM. ***Lallemand*** et ***R. Dupouy*** rapportent à leur tour une **étude statistique des cas de manie** observés à l'asile de Saint-Yon depuis le 1er janvier 1904 jusqu'au 1er avril 1909.

Les auteurs insistent sur la fréquence de l'excitation maniaque chez la femme (17,5 % des entrées à l'asile), sur la précocité du 1er accès (11,34 % entre 15 et 20 ans) et des récidives (9.9 % entre 15 et 20 ans), sur la fréquence des accès entre 35 et 40 ans (16,5 %), enfin sur la proportion relativement considérable des premiers accès maniaques vers 60 ans. Ils s'élèvent à ce sujet sur la tendance que l'on a souvent à considérer comme un dément sénile excité un excité maniaque âgé et à faire entrer, par suite, ce cas dans le cadre non de la manie, mais de la démence. Ils pensent que l'approche de la sénilité peut, chez certains sujets évidemment prédisposés, déclancher un accès maniaque appartenant en propre à la psychose maniaque dépressive et assimilable entièrement à l'accès mélancolique que l'on voulait tout récemment encore isoler sous le nom de mélancolie présénile.

Confusion mentale avec négativisme secondaire, amélioration coïncidant avec l'apparition d'une fièvre typhoïde. — MM. ***Henry Claude*** et ***Lévy Valensi*** rapportent l'observation d'une malade qui, sous l'influence d'un processus toxi-infectieux de nature indéterminée, fit de la confusion mentale avec idées de persécution. Cette malade demeura pendant 7 mois inerte, simulant le sommeil. Elle sortit de cet état de négativisme à la période d'état d'une fièvre typhoïde mortelle.

Les auteurs croient que chez cette malade le négativisme constitua une sorte de réaction défensive contre des idées de persécution.

Ils se demandent s'il n'y a qu'une simple coïncidence entre l'amélioration de l'état mental et la fièvre typhoïde, ou si l'action sédative bien connue des pyrexies sur quelques troubles nerveux ne pourrait pas se faire sentir sur les troubles mentaux.

Anatomie pathologique de la démence précoce. — MM. ***Klippel*** et ***J. Lhermitte.*** — Les démences de l'adolescent sont caractérisées au point de vue anatomique par des lésions limitées au tissu neuro-épithélial : cellules nerveuses et névroglie coexistant avec l'intégrité des éléments mésodermiques : méninges, vaisseaux, etc. Ce sont ces *lésions immédiates* qui conditionnent exclusivement l'apparition de la démence.

D'autres altérations peuvent se superposer à l'atrophie des neurones corticaux ; les unes sont *préalables* (malformations cérébelleuses) et précèdent l'apparition de la démence, les autres sont *terminales* (infiltration leucocytique de quelques vaisseaux) et traduisent l'infection aiguë qui a causé la mort. Il importe de distinguer soigneusement ces lésions d'ordre et de nature différents afin de retrouver l'élément anatomique primordial : l'atrophie et la disparition progressive des cellules nerveuses corticales.

René Charpentier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 11 Juin 1909

De la gravité des opérations chez les diabétiques. — ***M. Ozenne*** est d'accord pour intervenir chez les diabétiques, quand l'urgence le commande, bien qu'on ait à craindre une terminaison fatale. Mais, en dehors de ces cas, qui légitiment l'intervention, il estime que l'on doit s'abstenir d'opérer un diabétique quand il n'y a pas nécessité, car, quelle que soit la quantité de sucre que contient l'urine, on ignore quelles seront les suites de l'opération. On a conseillé de traiter le diabète pendant quelque temps et d'intervenir plus tard, lorsque l'état du malade s'est amélioré. On a pu ainsi faire des opérations avec succès, il est vrai ; mais l'on sait aussi que les traumas opératoires réveillent le diabète et qu'alors il est impossible d'en prédire les suites.

M. Verchère. — Les causes intimes de la gravité indéniable dans certains cas d'intervention opératoire chez les diabétiques ne sont pas connues, et il semble que les indications et contre-indications chez les diabétiques se résument à la condition d'urgence seule. Un homme atteint de phlegmon gangréneux du scrotum, diabétique incisé au thermo-cautère à midi, mourait le soir alors que son état général antérieur ne devait pas faire prévoir une telle issue. Un vieillard en excellente santé, sauf un diabète ancien, se présente avec un anthrax simple de la nuque. Incision sans chloroforme au thermo-cautère. On le trouve mort endormi le lendemain matin dans son lit. Est-ce une simple coïncidence ? Mais que sont encore inconnus les résultats opératoires chez les diabétiques !

Sur la valeur curative possible de la colpotomie dans le traitement des suppurations pelviennes. — ***M. Cazin*** présente un rapport sur deux observations de M. C. Lenoir, relatives à deux cas de suppuration pelvienne qui, traités par la colpotomie, sont restés définitivement guéris. Dans un de ces faits, la malade, opérée en février 1907, a été revue 16 mois après la colpotomie et paraît définitivement guérie. Cazin rapporte à ce propos plusieurs faits analogues dans lesquels la colpotomie pratiquée d'urgence et comme opération préliminaire, a été suivie de guérison définitive, après 5 et 7 ans notamment.

M. Cazin fait un deuxième rapport sur une observation de M. Lenoir relative à un fait de *tétanos traité avec succès par le chloral* à hautes doses.

M. Peraire rapporte une observation de métrorrhagies incessantes par tumeur ulcérée du fond de l'utérus simulant l'épithélioma. L'hystérectomie abdominale a montré dans une corne de l'utérus peu augmenté de volume une tumeur constituée par un gros morceau de placenta incrusté dans la muqueuse.

M. Bonamy pense que, en général, on devrait commencer par cureter les utérus qui ne présentent d'autres symptômes que des métrorrhagies.

M. Delaunay. — Le curetage est assurément un élément de diagnostic, mais c'est une exagération de dire que toute hystérectomie doit être précédée d'un curetage. Il s'agit d'abord de poser le diagnostic et dans les cas douteux le curetage y aidera souvent. Et cependant là encore il faut faire des réserves car les cas ne sont pas si rares où des examens de débris de muqueuse retirés d'un utérus ont fait porter le diagnostic d'épithélioma alors que l'examen ultérieur de l'organe enlevé l'a montré sain. Delaunay en cite un exemple des plus nets.

M. Dupuy de Frenelle présente des radiographies venant à l'appui de ses observations de fractures de cuisse traitées par la méthode ambulatoire, sans raccourcissement du fémur.

Séance du 18 juin 1909

Les déviations dans la tumeur blanche du genou. Leur importance au point de vue du traitement. — M. ***Barbarin.*** — Les déviations dans la tumeur blanche du genou sont souvent le fait de l'hyper-accroissement du fémur ou du tibia, surtout au niveau de l'épiphyse. Cet hyper-accroissement étendu à toute l'épiphyse donne un allongement du membre et de la déformation en flexion. S'il est localisé au condyle interne, il donne du genu-valgum. Ces déviations sont ordinairement momentanées. La surveillance devra s'appuyer non seulement sur les constatations cliniques, mais aussi sur l'examen des radiographies. Le traitement conservateur donnera d'excellents résultats s'il est doux, progressif et n'est pas basé sur la recherche illusoire d'une guérison rapide. Dans la tumeur blanche du genou, le retour des mouvements doit se faire dans cinquante pour cent environ, si le traitement a été bien dirigé.

M. ***Loewy*** étudie les indications de la *colpotomie dans les lésions pelviennes.* La colpotomie ne doit pas être considérée comme une incision insignifiante, mais comme une intervention sérieuse. Il montre ses dangers, notamment dans les hématocèles.

M. ***Brodier.*** — Quel que soit le siège de la suppuration, l'incision doit se faire dans le cul-de-sac postérieur.

M. ***Barbarin*** présente un cas de tumeur gazeuse du scrotum, grosse hématocèle vaginale dont la poche contenait des caillots, du pus et des gaz, sans réaction générale. Castration et guérison.

Adénome de l'intestin grêle simulant des crises paroxystiques d'appendicite. Résection intestinale. Guérison. — M. ***Bonamy*** présente une tumeur intestinale qu'il a enlevée par résection chez un enfant de 14 ans. Cette tumeur donnait lieu à des crises douloureuses simulant celles de l'appendicite chronique. La tumeur, examinée par le Dr Lesné, est un pur adénome sous-muqueux.

Volumineuse tumeur sarcomateuse de l'intestin grêle. Résection intestinale. Guérison. — M. ***Bonamy*** présente une volumineuse tumeur de l'intestin grêle qu'il a enlevée par résection intestinale. Guérison. La tumeur, examinée par le Dr Bender, est constituée par du sarcome type.

ANALYSES

Les résultats du traitement médicamenteux dans 500 cas de delirium tremens, par Walter Ranson. (*J. of the Am. med. Ass.*, 17 avril 1909.)

L'auteur apporte les résultats de sa stastistique, en vue d'étudier l'efficacité des différents médicaments employés contre le délirium tremens. Sur un total de 500 cas, il tire les conclusions suivantes.

1° Dans les cas traités au début, les malades réagissent aisément au chloral, ergotine, bromures, whiskys, ces médicaments étant classés par rang d'efficacité.

2° A la période d'état, les délirants résistent plus au traitement. L'administration des médicaments sédatifs accroît la mortalité, surtout la scopolamine (13 % en plus). Ces résultats sont dus en grande partie à ce que l'on donne des doses massives ; pour le chloral par exemple, les petites doses sont nocives.

3° Le seul médicament qui ait réduit la mortalité a été l'ergotine (diminution de 21 %) donnée sous forme d'extrait fluide. Elle fait tomber la mortalité de 30 %, alors que sans elle la mortalité est de 51.6 %. Elle raccourcit la crise et la rend plus douce.

Peut-être agit-elle aussi en diminuant l'hyperémie cérébrale et en prévenant l'œdème cérébral et méningé qu'on trouve si souvent à l'autopsie de ces malades. G. L.

Les otites de la varicelle, par Maurice Jacob. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 16 janvier 1909).

Les otites varicelleuses sont passées sous silence dans la plupart des traités classiques sur les maladies de l'enfance ; elles existent cependant, et assez fréquemment : 17 fois sur 875 cas (statistique de Semtschenko).

Au point de vue étiologique, il faut distinguer entre les otorrhées qui apparaissent au début de l'éruption, et celles qui surviennent assez loin de la période d'état, lorsque l'exanthème persiste sous forme de pustules croûteuses ou lorsqu'il est compliqué d'accidents cutanés suppurés.

Les premières peuvent être en tout comparées à celles qui surviennent pendant l'éruption de la rougeole ou de la scarlatine, elles sont la complication de l'exanthème bucco-pharyngé, exanthème que J. a constaté chez les deux tiers des petits malades du Pr Weil, de Lyon. Cet exanthème peut être assez prononcé pour constituer une véritable angine, une vraie stomatite ; on conçoit alors la possibilité de l'otite.

Les otites tardives seraient la localisation auriculaire d'une infection généralisée d'origine cutanée, qui peut également déterminer des arthrites, parotidites, etc.. ; qui s'observe chez des

enfants débilités, placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Le pronostic des otites du premier groupe est favorable ; elles sont plus bénignes en général que celles de la scarlatine ou de la rougeole, susceptibles cependant de complications endocraniennes. Quant aux otites tardives, leur pronostic est plutôt celui de l'infection générale. H. Bourgeois.

Causes de l'œdème du pénis dans la blennorrhagie aiguë; par M. Moriz. (*Porosz. Archiv. f. Dermatologie u. syphilis*, Band XCII, 1908.)

Dans la blennorrhagie aiguë, il n'est pas rare de voir s'œdématier la peau du pénis et surtout le prépuce.

La muqueuse de l'urèthre devient alors turgescente aussi et se renverse en formant un bourrelet. Cette forme de l'affection s'accompagne d'une sécrétion abondante ; c'est pourquoi l'auteur la dénomme blennorrhagie suraiguë.

Il remarque que l'œdème est plus accentué dans la région du frein. L'œdème de la région du frein est dû à la réaction inflammatoire déterminée par l'infection des canalicules para-uréthraux ou mieux, endo-uréthraux.

Sous l'influence de l'inflammation aiguë du canalicule, sa fine muqueuse se gonfle à tel point que l'orifice interne se bouche.

L'inflammation gagnant la muqueuse de l'urèthre, celle-ci s'œdématie à son tour, devient uniformément rouge et lisse, et dissimule entièrement l'orifice du canalicule.

L'œdème qui accompagne la blennorrhagie aiguë est généralement regardé comme une inflammation des ganglions lymphatiques. Mais en ce cas, les lymphatiques enflammés peuvent être décelés par la palpation. Ces faisceaux, en forme de cordons, peuvent être, le plus souvent, poursuivis jusqu'au bout sur la face dorsale de la verge.

Parfois on peut sentir aussi un faisceau un peu diffus tout autour du sillon balano-préputial.

L'auteur a rencontré aussi des canalicules para-uréthraux assez longs dans le prépuce ou à la racine de celui-ci.

C'est encore chez un collègue qu'il observa un cas de ce genre, où la blennorrhagie récidivait toujours en partant du canalicule infecté pour gagner l'urèthre. Elle guérit définitivement après l'extirpation du canalicule. Dans un autre cas, observé chez un hypospade, c était un canalicule assez long, mais assez large aussi, et venant déboucher dans l'urèthre, qui formait le foyer primaire de l'infection. (*Ann. des Mal. vénér.*, avril 1909, p. 272.) G. M.

BIBLIOGRAPHIE

L'Assistance publique : *Ce qu'elle fut ; Ce qu'elle est* ; par A. d'Echérac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique. Paris, 1909. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Dalavigne, Paris, VIe.

C'est l'histoire de cette institution vue à travers les âges, avec une étude complète de ses divers organes, de ses ressources, de la législation. de ses hôpitaux, de ses hospices et de leur fonctionnement pendant les diverses périodes qui ont marqué ses transformations successives. C'est enfin l'histoire de ce qu'elle est actuellement, de son rôle dans la société moderne, des nombreux établissements où elle abrite les malades, les vieillards, les infirmes, les enfants placés sous sa protection et les divers modes qu'elle emploie pour les soulager.

Ce livre, scrupuleusement historique, semé d'anecdoctes et plein de renseignements du plus haut intérêt, se lit comme un roman, même dans les parties les plus techniques : il est fait pour tous ceux qu'intéresse le sort des pauvres. C.

Les mystères des Dieux ; Vénus ; par Pierre Piobb, président de la Société des sciences anciennes ; 1 vol. in-8°. avec frontispice gravé et 2 schemas ; 1er volume de la *Biblioth. des Mystères*, qui comprendra 3 séries de 10 vol. chacune : 1° Mystères des Dieux ; 2° M. des mondes ; 3° M. des peuples. (Chez H. Daragon, éditeur, 96, rue Blanche, à Paris, 1909. Prix de chaque vol. : 6 fr.)

Les religions s'en vont ; dépouillées de leur symbolisme par la révélation des secrets initiatiques, dit l'auteur, elles sont ramenées à la raison. La religiosité disparue cédera la place au savoir ; les mystères des Dieux peuvent être expliqués. Une longue introduction résume les principes de la haute initiation. Nous ne saurions suivre M. Piobb dans l'étude de la Haute Kabbale ; mentionnons cependant la démonstration géométrique de l'existence *des Dieux*, en partant des 12 points du cercle, dont 10 seulement sont perceptibles (séphires Kabbalistiques) et constituent le schema polygonal de la Haute Kabbale. La divinité étant envisagée comme un cercle parfait, on lui trouve 10 faces, dont chacune personnifie un Dieu. Il n'y a donc que 10 sortes de religions, tous les Dieux connus se ramènent à 10. Le savoir humain est limité à 4 plans ou systèmes et il y a 3 ordres de connaissances, qui appliquées aux 4 plans du savoir, donnent 12 formes de dogmes. Mais 2 formes sont inacessibles pour nous : il reste donc 10 Dieux, diversement désignés par les peuples. Ces religions s'interpénètrent et s'équivalent. Suit un schema (séphirotique) des 10 formes de la divinité, pour expliquer leurs rapports et le plan de l'ouvrage, qui commence par Vénus, la potentialité la plus concrète et la plus voisine de nous.

La Vénus des *initiés*, c'est Aphrodite, née de l'écume de la mer, remontée dans l'Olympe après le jugement de Pâris et la guerre de Troie, et qui ne cesse de gouverner les hommes, les mondes et les Dieux. Mais dans la langue des métaphysiciens, Vénus, c'est *l'attraction*, la 7e forme de la divinité, la potentialité d'où résulte l'équilibre universel, et dont les autres potentialités recherchent l'alliance. Elle s'unit ainsi avec le Feu (Vulcain), union instable et stérile, d'où la maladie et la mort ; avec l'évolution (Mars), union adultère qui produit le plaisir, mais non l'amour. Mais Vulcain, jaloux se venge en étendant sur le lit de Vénus un filet subtil (les lois de l'existence) : l'attraction et l'évolution (Vénus et Mars) sont prises dans ces lois, dont elles ne sont délivrées que par l'union de toutes les potentialités, et surtout par l'espace (Neptune), le temps (Mercure), et le Cosmos solaire (Apollon). Ce beau spectacle, c'est la Nature ... Et l'explication Kabbalistique se poursuit retrouvant l'origine de tous les sentiments, des passions, des vices humains, dans les actes et les aventures de Vénus, la potentialité attractive.

L'auteur définit ensuite et analyse le *Mythe*, qui n'est pas la légende, qui a 4 sens principaux, œuvre savante, formule commode de vérités accessibles aux seuls initiés supérieurs. Ceux-ci arrivent à la certitude par la Raison, tandis que le croyant ordinaire se débat dans le conflit de sa foi et de sa raison. Le mythe de Vénus, c'est le raccourci de toutes les phases de la vie d'une amante ; c'est aussi la synthèse de l'histoire de la femme à travers les âges, on encore de l'existence, aux divers époques géologiques.

Mais il faut vraiment être initié pour apprécier l'explication suivante du sens uranographique de ce mythe et de son développement zodiacal, l'évolution du Cosmos solaire, etc.... Encore, dit l'auteur, l'interprétation ne peut-elle être complétée que par la gnose arithmologique et la gnose noologique : « Ici, le mythe touche aux hauteurs de l'Absolu, il s'approche du divin, dépassant le domaine où les mots n'ont plus de sens, où les nombres constituent le seul langage. C'est le néant, le nirvama, et, par delà, se trouve la divinité inaccessible....

La religion de Vénus a, comme les autres. ses sacrements : le principal est le spasme dans l'acte de l'amour, que les initiés envisagent comme le moyen de ressentir l'induction électro magnétique des courants Z attractifs, puis la dévirginisation, etc... L'initiation à Vénus est décrite avec ses 3 grades, que l'adepte devait acquérir avant d'entrer dans la haute-initiation. La morale de cette religion a pour caractère spécial le *plaisir* ; comme dans toute morale, il y a, en Kabbale, 10 ordres généraux de devoirs (décalogue), qui dérivent tous du plaisir et de l'amour.

Quel souvenir reste-t-il aujourd'hui du culte de Vénus ? Ce qu'en ont dit Lucien, Plutarque, Théocrite, et les allusions de quelques autres auteurs. Ce culte dégénéra ; le plaisir devint la luxure, l'amour et la débauche. Quelques coutumes le rappellent : la Belle-de-Mai, dans le midi de la France, etc.... Mais il reste la vénalité de l'amour, souvenir de l'ancienne offrande à la déesse ; et l'humanité subit toujours Vénus, sous forme de l'attraction universelle et sous la modalité de l'amour. La déesse survit partout au fond de nous-mêmes. E. Coulonjou.

L'art pratique de formuler ; par le Dr LEMANSKI. (3e édit. (Steinheil, édit., Paris, 1909.)

Dans son livre, le docteur Lemanski s'est proposé de réunir quelques données générales sur l'art de composer une formule et de grouper des renseignements épars dans les traités, et difficiles à assembler. Ainsi condensés, ils seront facilement assimilables, et, avec un peu de persévérance, au sortir de cette lecture, on saura faire une ordonnance.

Un ouvrage sur l'art de formuler ne peut être analysé, il nous suffira d'énumérer quelques titres de chapitres : Valeur morale de l'ordonnance, de quoi se compose une formule ; classification des médicaments ; des incompatibilités ; de la solubilité, des différentes préparations pharmaceutiques ; des différentes voies d'absorption, la révulsion ; exercices formulaires ; sérothérapie et opothérapie ; antiseptiques : l'art de formuler chez les enfants. X.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Avancement des médecins de réserve et de l'armée territoriale.

Nouveau règlement. — Dans le *Journal Officiel* du 27 mai 1909, on lit un décret présidentiel du 22 du même mois, portant les modifications suivantes à l'avancement des médecins de la réserve et de l'armée territoriale, et abrogeant toutes dispositions contraires au nouveau règlement, en particulier le décret du 9 août 1897.

Voici les dispositions nouvelles :

Article premier. — Les médecins aides-majors de 2e classe du service de santé de la réserve sont promus au grade supérieur quand ils comptent quatre années de grade d'officier, et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois, le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années, et le nombre des périodes réduit à une pour les médecins de réserve qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées ci-après :

Professeur titulaire ou professeur agrégé dans les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les Ecoles supérieures de pharmacie ; professeur titulaire ou suppléant dans les Écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie ; médecin ou chirurgien des hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours ; chefs de clinique ou prosecteurs nommés au concours dans les Facultés de médecine, ou les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les médecins aides-majors de 1re classe du service de santé, appartenant à la réserve, quelle que soit leur origine, peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et qu'ils ont accompli en cette qualité une période d'instruction.

Art. 3. — Les médecins-majors de 2e classe du service de santé, appartenant à la réserve et provenant des anciens médecins de l'armée active, peuvent être promus médecins de 1re classe, s'ils comptent six années de services dans le grade, et s'ils ont accompli avec ce grade une période d'instruction.

Art. 4. — Les médecins aides-majors de 2e classe du service de santé appartenant à l'armée territoriale sont promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent quatre années d'ancienneté dans le grade et s'ils ont accompli deux périodes d'instruction avec ce grade.

Toutefois le temps d'ancienneté exigé pour la promotion au grade supérieur est ramené à deux années et le nombre des périodes réduit à une pour les médecins de l'armée territoriale qui remplissent ou ont rempli l'une des fonctions énumérées au troisième alinéa de l'article premier du présent décret.

Art. 5. — Les médecins aides-majors de 1re classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et qu'ils ont accompli avec ce grade une période d'instruction.

Art. 6. — Les médecins-majors de 2e classe, de la réserve ou de l'armée territoriale, peuvent être promus au grade de médecin-major de 1re classe du service de santé de l'armée territoriale lorsqu'ils comptent six années de services dans le dernier grade et s'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Art. 7. — Les médecins-majors de 1re classe de la réserve ou de l'armée territoriale peuvent être promus médecins principaux de 2e classe dans l'armée territoriale lorsqu'ils comptent cinq années de grade et s'ils ont accompli une période d'instruction avec ce grade.

Les médecins-majors de 1re classe de la réserve ou de l'armée territoriale provenant des médecins militaires retraités, sont dispensés de cette dernière obligation.

Art. 8. — Aucune période d'instruction n'est exigée pour la promotion des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui, lors du travail annuel d'avancement, ont été proposés pour le grade supérieur dans l'armée active.

Art. 9. — L'avancement a lieu au choix, sauf pour le grade de médecin aide-major de 1re classe, qui est donné dans les conditions particulières prévues aux articles 1er et 4.

Art. 10. — L'aptitude des candidats à l'avancement est constatée d'après leur manière de servir au cours des périodes d'instruction, sans recourir à des examens spéciaux donnant lieu à la délivrance d'un certificat.

Art. 11. — L'ancienneté de grade des médecins de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret qui les a nommés à leur grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale, déduction faite des interruptions de service.

Le temps passé par ces officiers dans leurs foyers compte pour l'ancienneté de grade. Le temps passé dans la position hors cadres et le temps de la suspension sont déduits de l'ancienneté.

Art. 12. — Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont inscrits au tableau d'avancement et peuvent en être rayés dans les mêmes formes que les médecins de l'armée active.

Art. 13. — En temps de guerre, les médecins de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les mêmes conditions que les médecins de l'armée active, mais au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

Une visite à Berck.

Dimanche dernier, a eu lieu une visite d'inspection des établissements maritimes de Berck, sous la conduite de M. le Directeur général de l'Assistance publique de Paris. Les hôtes de M. G. MESUREUR étaient : M. CHAUSSE, président du Conseil municipal de Paris ; MM. Paul STRAUSS, Felix VOISIN, SILHOL, WALTER, MAILLOT, TANTET, OUDIN, BOMPART, ROTILLON, MIGNOT, BILLON, HARET, membres du conseil de surveillance de l'A. P. ; les Drs JALAGUIER, COMBY, NETTER, JEANSELME, OMBREDANNE, SAVARIAUD, chirurgiens et médecins d'hôpitaux d'enfants à Paris ; le nouveau Secrétaire général de l'A. P., M. GOULLEY ; le Dr PAUL CORNET, ainsi que des chefs de division de l'A. P. L'intérêt de la visite a surtout porté sur l'HOPITAL MARITIME de Berck-sur-Mer, consacré, comme on le sait, au traitement des enfants atteints de tuberculose chirurgicale (articulaire, osseuse, ganglionnaire), de péritonite tuberculeuse et de rachitisme. Il faut admirer l'annexe nouvelle de l'hôpital, beau corps de bâtiment faisant face à la mer, et offrant trois galeries où sont exposés en plein air de 7 h. du matin à 7 h. du soir, 300 enfants. Les salles intérieures sont du dernier confort hygiénique, et aérées d'une façon telle que les malades bénéficient d'une circulation constante d'air marin. Cet hôpital annexe est certainement une des plus belles créations de l'A. P. de Paris. Le Directeur général a le droit d'en être fier ainsi que le Dr MÉNARD, le distingué chirurgien en chef de l'hôpital de Berck, sans oublier ses dévoués collaborateurs, les Drs CALVÉ et ANDRIEU, chirurgiens assistants.

Cette visite officielle s'est étendue aux établissements privés qui reçoivent des pupilles du département de la Seine : ce sont le SANATORIUM BOUVILLE pour les garçons et le SANATORIUM PARMENTIER pour les filles. Le premier dispose de 500 lits (l'hôpital maritime en a près de 1000), et auberge actuellement 210 pupilles de la Seine, moyennant une rétribution quotidienne de 1 fr.85. Le sanatorium Parmentier (Vincent, directeur actuel), est plus petit et reçoit actuellement 160 enfants assistés. Ces deux sanatoriums privés ne sont pas évidemment à comparer avec l'hôpital maritime, mais ils sont très convenables pour une cure maritime. Chaque lit dispose de 25 m. cubes d'air dans l'infirmerie et de 20 m.c. dans les dortoirs. En outre, ces deux sanatoriums méritent toute l'attention des Praticiens, qui peuvent y envoyer à très bon compte leurs petits malades justiciables du climat de Berck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Comment doit-on faire une opération césarienne ?

Par
Cyrille JEANNIN
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Accoucheur des hôpitaux.

Parmi les interventions que tout médecin doit connaître, parce que tous ont à les pratiquer, il en est, comme l'application de forceps ou la version podalique, dont la fréquence nous rend la technique familière ; il en est d'autres, au contraire, d'usage beaucoup plus restreint, et qui, de ce fait effrayeraient, de prime abord, le médecin qui doit y recourir alors que, parfois, il n'a pas eu l'occasion d'en voir faire au cours de ses études. Parmi ces dernières, il faut mettre en première ligne l'opération césarienne. Cette opération reconnaît des indications limitées mais *impérieuses* : quand une de ces indications se pose, — et nous nous proposons de les étudier en détail dans un prochain article, — nul ne peut s'y dérober, à moins de consentir, de propos délibéré, au sacrifice de l'enfant et dans certains cas même, à la mort de la mère.

Or, il faut bien savoir que la césarienne, l'*hystérotomie*, est une *opération très simple*, habituellement *très facile*, qui ne demande qu'un minimum d'instruments courants, faisant partie de toutes les trousses, et qui ne comporte qu'un risque véritable : l'infection. C'est dire que tout praticien qui pourra disposer de matériaux de pansements aseptiques ne devra pas hésiter à y avoir recours lorsque l'indication formelle en sera posée.

Tout le monde doit donc bien la connaître, et c'est dans ce but que nous décrirons, dans cet article, la techique de l'opération césarienne, en laissant systématiquement de côté toute discussion théorique, pour nous borner à l'étude, détail par détail, de cette intervention. D'ailleurs, il ne faut pas qu'elle se présente à l'esprit des praticiens avec des allures d'inconnu et de mystérieux ; c'est presque uniquement la classique laparotomie d'urgence que chacun doit faire savoir en cas de péritonite ou d'hémorragie interne, par exemple.

A) Préparatifs.

Je ne m'occuperai pas ici du moment auquel il convient d'opérer : cette question sera mieux à sa place quand nous traiterons des indications de l'hystérotomie. Je suppose donc qu'on soit en présence du cas suivant : une femme qui ne pourra sûrement pas accoucher par les voies naturelles est au terme de sa grossesse ; les douleurs du travail vont apparaître d'un moment à l'autre, que faut-il préparer ?

1° CHAMBRE ET TABLE D'OPÉRATION. — Il est bien entendu que toutes les fois qu'on sera en mesure de faire transporter les femmes dans une maison de santé on y aura recours. D'autre part, ce n'est pas là une nécessité inéluctable, et si la chose est impossible, il n'y a pas à renoncer, pour cela, à l'opération césarienne : l'important est en effet de pouvoir disposer d'une pièce *suffisamment claire et de nettoyage facile*. Quant à la façon de préparer cette pièce, de la débarrasser de toute tenture, de tout rideau, de tout meuble inutile, d'en nettoyer le parquet et les murs, de la chaufler, il n'y a en ce cas, rien de particulier. On se conformera donc aux préceptes généraux d'hygiène chirurgicale, tels qu'ils se trouvent décrits actuellement dans maints ouvrages [1].

(1) Les lecteurs voudront bien, pour tous ces détails, se reporter à l'excellente description qui en est faite au début de la « *Chirurgie d'urgence* » de Lejars.

Toute table de bois ou de métal, longue et étroite est bonne pourvu qu'elle soit propre. Il n'est pas essentiel d'avoir une table d'opération proprement dite, la position inclinée de Trendelenburg étant le plus habituellement contre-indiquée. Si cependant, on dispose d'une table de ce genre, il y a avantage à y avoir recours, dans le cas où par hasard, il y aurait lieu de s'en servir, [1], mais en la mettant en disposition horizontale.

2° INSTRUMENTS ET OBJETS DE PANSEMENTS : a) *Instruments*. Voici d'abord, le minimum d'instruments indispensables :

1 ou 2 bistouris, dont l'un à lame un peu forte ;
1 paire de ciseaux droits et forts ;
1 pince à dissection ; 1 pince à griffes ;
1 jeu de pinces hémostatiques (pinces de Kocher, pinces à forcipressure), au moins une douzaine ;
1 pince à pansement, plutôt longue ;
1 forte aiguille courbe de Reverdin ;
1 sonde uréthrale ;
1 seringue pour injections hypodermiques.

Cela doit suffire, et, de fait, suffira dans les cas habituels. Toutefois, si l'on dispose d'un arsenal plus complet, il sera prudent de faire préparer 2 autres plateaux d'instruments, l'un contenant tout ce qu'il faut *pour pratiquer une hystérectomie* (pinces-clamps multiples, broches et tube de caoutchouc), et l'autre, le nécessaire *pour une suture intestinale* (aiguilles et pinces très fines). Cette dernière précaution doit être même considérée comme indispensable, toutes les fois que l'on intervient chez une femme présentant une cicatrice de laparotomie antérieure : dans ces cas, en effet, on ne sait jamais si l'on ne trouvera pas l'intestin adhérent à l'utérus.

b *Matériaux dé pansements et de sutures* : On préparera :

A) *Pour la suture de l'utérus*, soit du *catgut fort* (n° 3 ou 4) coupé en tronçons longs de 25 à 30 cm., soit du *tendon de renne*, soit de la *soie* (n° 2).

B) *Pour la suture de la paroi* : un long fil du catgut n° 2 pour le surjet péritonéal ; des brins de catgut (même n°) pour le plan musculo-aponévrotique ; des crins de Florence pour la peau (12 à 20 environ).

C) *En cas de suture intestinale*, il est bon d'avoir à sa disposition de la soie très fine (n° 0 et 00).

Comme matériaux de pansements dont on se servira au cours de l'opération, on préparera :

Des champs de toile, grands et moyens ;
Des tampons éponges en tarlatane ;
Des compresses longuettes en tarlatane repliées en plusieurs doubles ;
Une bande de tarlatane sans fin, longue de 10 mètres au moins, large de 10 à 15 cent., dont on pourra avoir besoin pour tamponner l'utérus en cas d'hémorragie ; le tout soigneusement stérilisé.

Cette liste sera complète quand nous y aurons ajouté :
Plusieurs litres d'eau bouillie chaude et d'eau bouillie froide ;
De l'alcool à 90° (au moins 1/2 litre) ;
De la teinture d'iode (250 gr.) ;
Une solution d'ergotine ou d'ergotinine ;
Un ou deux gros drains de caoutchouc, dans le cas où il semblerait prudent de drainer la cavité abdominale.

Il sera toujours prudent d'avoir à sa disposition du sérum artificiel, dans le cas, tout à fait rare d'ailleurs, où une hémorragie aurait affaibli la malade.

(1) C'est, par exemple, ce qui pourrait arriver, si, au cours de l'opération, on se trouvait dans la nécessité de faire l'hystérectomie.

Enfin, on préparera par avance *le pansement nécessaire après toute laparotomie*, et qui comprendra, outre des compresses de tarlatane stérilisée, plusieurs lames d'ouate hydrophile et de coton cardé, et une large bande de flanelle que l'on munira de sous-cuisses.

c) *Dispositif nécessaire pour ranimer le nouveau-né.* On se souviendra qu'assez fréquemment, l'enfant extrait par section césarienne naît en état de mort apparente, ou du moins d'apnée. Il est donc très important de préparer d'avance tout ce qui peut être nécessaire pour le ranimer. La description de ce dispositif, ainsi que de la technique à suivre, se trouve dans tous les traités d'accouchement ; nous y renvoyons le lecteur [1], nous bornant à rappeler ici que les objets les plus indispensables sont un tube laryngé (insufflateur de Depaul, ou d'Ollivier), un bain chaud, un bain froid et de l'alcool.

3° L'opérateur et ses aides. — *Quatre personnes* sont nécessaires pour une opération césarienne :

L'opérateur ;

Un aide direct ;

1 personne pour l'anesthésie ;

1 personne (médecin, sage-femme ou garde expérimentée) pour s'occuper du nouveau-né.

Au moment d'opérer, l'accoucheur et son aide direct procèderont *à la très soigneuse désinfection des mains*, comme avant toute laparotomie ; ils se souviendront que le seul risque de la section césarienne est l'infection, et que, par là même, le succès de leur intervention dépend de leur état d'asepsie. L'*usage de gants de caoutchouc* stérilisés est, ici comme toujours, excellent ; il devient indispensable si l'un des deux opérateurs a eu, dans les jours précédents, quelque occasion de souillure sérieuse des mains (ouverture d'abcès, par exemple).

4° La parturiente. — Si l'on a l'occasion de suivre la femme que l'on va opérer pendant les derniers jours de sa grossesse, on lui recommandera plusieurs précautions d'hygiène, dont la plus importante est, sans contredit, *la désinfection des voies génitales* : matin et soir, la vulve doit être savonnée et largement lavée à l'eau bouillie chaude ; cette toilette extérieure est suivie d'une injection vaginale antiseptique (permanganate à 1 gr. pour 1000, eau oxygénée coupée par parties égales, liqueur de Labarraque, à la dose de 2 cuillerées à soupe par litre). Ces injections sont encore plus utiles si la femme présente de la leucorrhée. L'intestin sera chaque jour évacué. Enfin, un grand bain quotidien avec savonnage de tout le corps est à recommander toutes les fois que les conditions le permettront.

Dans les heures qui précèdent l'intervention, on procédera à une dernière évacuation de l'intestin, à l'aide d'un grand lavement.

Enfin, nous voici au moment d'opérer. La femme est couchée sur la table, la tête tournée du côté de la lumière. La chemise est repliée *jusqu'aux seins* ; les jambes et les cuisses sont entourées de jambières ou, à leur défaut, de serviettes épaisses. Pendant que l'on commence l'anesthésie, l'aide va nettoyer la malade, en procédant de la façon suivante :

a) La vulve est très soigneusement rasée, ainsi que le mont de Vénus et les aines, puis toute cette région est longuement savonnée et irriguée à l'eau chaude. La paroi abdominale est ensuite frottée au savon, *très largement* : il faut aller, en haut, *jusque sous les seins*, car l'incision sera très haute, beaucoup plus haute qu'au cours d'une laparotomie habituelle, latéralement jusque sur les flancs.

L'ombilic, qui se trouvera en pleine incision, sera déplissé à l'aide d'une pince de Kocher, quand la distension gravidique ne l'a pas, par avance, étalé, et soigneusement frotté au savon. Ensuite, on enlève, à l'aide d'une large compresse l'excès de savon, pour frotter toute la paroi abdominale, d'abord à l'éther, puis à l'alcool. Enfin, un champ est mis provisoirement sur cette paroi. Puis, le vagin est savonné, et irrigué avec 2 litres d'injection antiseptique (v. plus haut). Le mieux est de confier ce nettoyage à la personne qui se chargera ensuite du nouveau-né. Si c'est l'aide direct qui y procède, nous ne saurions trop lui recommander de mettre, pour ce temps, des gants qu'il retirera ensuite.

Ceci fait, *on sondera scrupuleusement la malade.* Cette précaution, toujours de mise, est, ici, particulièrement indispensable. Au cours de l'état puerpéral, en effet, la vessie remonte souvent très haut dans l'abdomen ; on l'a rencontrée au voisinage de l'ombilic ! L'oubli de cette disposition expose l'opérateur à ouvrir, dès les premiers coups de bistouri, le réservoir vésical, faute évidemment très lourde.

Enfin, la région opératoire est circonscrite par des champs, que l'on dispose également sur le thorax et sur les cuisses.

Tout étant prêt, l'opérateur se place à droite de la malade. Il a, près de lui, ses instruments, et une cuvette d'eau bouillie, où il pourra plonger les mains quand elles auront été souillées par le sang ou par le liquide amniotique ; en face, l'aide direct a, à sa disposition, les pinces hémostatiques, les tampons-éponges et une cuvette d'eau bouillie. La personne qui va s'occuper de l'enfant est, près du pied du lit, avec un linge chaud et aseptique, sur lequel elle recevra le nouveau-né.

***

B) Opération.

L'opération césarienne doit être, logiquement, divisée en 3 temps : l'ouverture de l'abdomen et de l'utérus, l'extraction du fœtus et de la délivrance, les sutures de l'utérus et de la paroi.

1° Ouverture de l'abdomen et de l'utérus. — *A) Laparotomie.* — L'incision des téguments se fait sur la ligne médiane ; elle doit être longitudinale et rectiligne, sauf au niveau du nombril qu'elle contourne en demi-cercle, et *aussi élevée que possible* : bien loin d'être sous-ombilicale, comme l'incision habituelle des laparotomies chirurgicales, *elle se trouve au-dessus de l'ombilic au moins dans ses 2/3 supérieurs.* Cette incision, en effet, doit permettre d'aborder, une fois le ventre ouvert, l'utérus au niveau du corps exclusivement. Plus basse, elle porterait sur le segment inférieur, beaucoup trop pauvre en éléments musculaires pour mettre à l'abri des hémorragies. Or, si l'on se souvient que le segment inférieur est d'autant plus long que le travail dure depuis plus longtemps, on en conclura que l'incision doit descendre d'autant moins bas qu'un plus grand nombre d'heures s'est écoulé depuis l'apparition des premières douleurs. Le mieux, en tous les cas, nous semble être *de repérer, avec la main, la situation du fond de l'utérus, et de faire partir l'incision de ce point.* On lui donnera une longeur de 16 *à* 18 centim. Le bistouri sera manié *avec la plus grande légèreté.* Si l'on incisait franchement, d'un trait appuyé, on risquerait, chez nombre de femmes, de blesser, du premier coup, les organes intra-abdominaux. Chez beaucoup de parturientes, en effet, la minceur de la paroi abdominale est extrême, et le plus léger coup de bistouri suffit pour l'ouvrir. Allez donc avec la plus extrême douceur. Dès que le péritoine

(1) Lire, à ce sujet, le « Traitement de la mort apparente du nouveau-né », par Maygrier et Jeannin, *in* « La Pratique des accouchements » de Paul Bar, tome I, pages 638 et suiv.

est entamé en un point, on relève les 2 bords de la brèche ainsi créée en y jetant 2 pinces de Kocher, et sur 2 doigts de la main gauche comme guides, on donne à l'incision, à l'aide des ciseaux, la largeur nécessaire. Quelques pinces hémostatiques sont posées sur les vaisseaux de la paroi s'il en est qui saignent.

B) *Protection du péritoine.* — Le ventre est ouvert, la face antérieure de l'utérus, lisse et violacée, apparaît dans le champ opératoire. Si la malade dort bien, si elle ne fait aucun effort de vomissements, l'intestin reste très généralement invisible. Il s'agit maintenant d'empêcher le sang qui proviendra de la section utérine et le liquide amniotique de s'écouler dans le péritoine. Ce temps, toujours utile, prend une importance primordiale toutes les fois que l'on a des raisons de suspecter l'asepsie du contenu utérin : c'est le cas de toute femme en travail depuis quelque temps, ou qui a perdu les eaux, qui a été touchée, qui présentait, durant la grossesse, quelque écoulement vaginal. Le mieux, d'ailleurs, est d'agir toujours comme si ces circonstances défavorables existaient. On va donc garnir le péritoine exactement comme le fait le chirurgien au moment d'enlever une salpingite. Pour ce faire, on disposera : 1° une large et longue compresse de toile entre le fond de l'utérus et la masse intestinale de façon à maintenir les anses grêles sous la paroi thoraco-abdominale et à les empêcher d'envahir le champ opératoire ; 2° de chaque côté, des compresses de tarlatane repliée en plusieurs doubles, ou encore de toile souple, de chaque côté de la matrice, s'imbriquant les unes sur les autres, de façon à bien clore tout l'espace péri-utérin ; 3° enfin, une dernière compresse, en bas, au niveau de l'angle inférieur de la plaie.

Toutes ces compresses doivent être assez longues pour dépasser très largement les bords de la plaie ; grâce à cette précaution, on peut être sûr de bien les enlever toutes avant de refermer l'abdomen. On ne saurait apporter trop de soin à cette protection du péritoine qui doit nous apparaître comme capitale, le facteur « infection » commandant, à titre quasi exclusif, le pronostic de l'hystérotomie. Qu'on prenne donc tout le temps nécessaire, *il n'y a jamais à se presser* : puisque la césarienne conservatrice n'est entreprise que lorsque la mère est en parfait état, et que l'enfant ne présente pas de signes de souffrance fœtale, quelques minutes de plus ne peuvent en rien compromettre le résultat opératoire.

C) *Ouverture de l'utérus.* — Pour ce temps, mais pour ce temps seulement, il va falloir aller vite, pour réduire, au minimum, la durée de l'hémorragie liée à la section utérine. Il importe donc de bien voir, avant de prendre le bistouri, ce qu'il faut faire. Le but à atteindre est le suivant : faire sur le corps utérin, partie bien contractile, une incision longitudinale de 12 à 14 cm. de long, et située aussi exactement que possible, *sur la ligne médiane*, c'est à-dire sur la région la moins vasculaire. Cette incision ne doit pas descendre plus bas que l'anneau de Bandl ; en haut, elle peut s'étendre impunément sur le fond de la matrice. Or, nous savons que, dans la majorité des cas, la face antérieure de l'utérus ne se présente pas bien d'aplomb dans le plan frontal, cet organe étant non seulement reporté à droite, dans sa totalité, mais encore un peu tordu sur son axe, de gauche à droite, si bien qu'il n'est pas rare d'apercevoir dans le champ opératoire le ligament rond gauche et parfois les annexes du même côté. Si l'on incisait la matrice ainsi placée, la section serait très rapprochée du bord gauche, là où se trouvent les gros vaisseaux, et l'hémorragie deviendrait abondante. Il est donc de toute importance, avant d'y porter le bistouri, de faire redresser et détordre l'utérus. Ce soin est confié à l'aide : celui-ci applique les deux mains, à plat, des deux côtés de l'abdomen, et, au travers de la paroi abdominale il refoule la matrice vers la gauche. (Il est bien entendu que la manœuvre se fera en sens inverse, si l'inclinaison utérine se faisait de droite à gauche, ce qui est beaucoup moins fréquent). Cette position des mains de l'aide présente, en outre, le grand avantage d'appliquer, très exactement, la paroi abdominale et les compresses qui la garnissent sur les faces latérales de l'utérus, et de s'opposer ainsi à la pénétration des liquides dans la cavité péritonéale ; aussi, l'aide devra-t-il conserver cette attitude jusqu'au moment où l'on va procéder aux sutures.

A ce moment, prenez le bistouri : les doigts de la main droite, limitant 2 cent. de lame environ, enfoncez carrément cette pointe dans le muscle utérin, au point qui va correspondre à l'extrémité inférieure de la section, c'est-à-dire à 12 cent. du fond. Vous faites ainsi une boutonnière de 2 à 3 cent. dans laquelle, immédiatement, vous insinuez votre index gauche, tandis que votre main droite dépose le bistouri désormais inutile. L'extrémité de ce doigt pénètre ainsi dans l'œuf, si l'on est tombé sur des membranes ; si le placenta est là, l'index y pénètre, et le perfore par un rapide mouvement de vrille. Sans perdre une minute, prenez votre paire de ciseaux droits et forts, et les guidant sur votre doigt gauche qui s'insinue sous la paroi utérine, coupez rapidement celle-ci jusqu'au fond. Si le placenta est là, il va se trouver sectionné du même coup ; si vous l'avez manqué, il vous sera posible de le récliner à la main, d'un côté ou de l'autre de la plaie utérine. Ne vous inquiétez pas de l'hémorragie, et surtout, n'essayez pas de la juguler ; elle va s'arrêter d'elle-même quand l'utérus, vide, pourra se rétracter. L'important est de ne pas perdre de temps.

II° EXTRACTION DU FŒTUS ET DE L'ARRIÈRE-FAIX. — A. *Extraction du fœtus.* — L'aide ne bougeant pas, l'opérateur introduit la main droite au travers de la brèche utérine et *va chercher les pieds de l'enfant.* Si, ce qui est le cas de beaucoup le plus habituel, il y a présentation du sommet, les pieds sont là, au niveau de la partie supérieure de la plaie, très aisément accessibles ; s'il y a présentation du siège, ils sont en bas, dans le segment inférieur où la main saura les trouver. D'une façon générale, il y a toujours avantage à extraire le fœtus par traction podalique ; en tirant sur un bras, on risque fort de le briser ; à moins donc que le fœtus, se présentant par le siège, ne sorte pour ainsi dire de lui-même et la tête et la partie supérieure du tronc, il n'y a pas à hésiter : il faut le saisir par les membres pelviens. Cette proposition est également vraie en cas de présentation de l'épaule. On procède donc à une véritable extraction podalique ; l'utérus se rétractant autour du tronc, au fur et à mesure qu'il sort, on dégage les bras sans violence, l'un après l'autre, et on termine par la tête dernière, par une sorte d'ébauche de la manœuvre de Mauriceau. Si l'extrémité céphalique se trouvait emprisonnée par la paroi utérine, n'exercez pas d'effort dangereux, mais d'un coup de bistouri ou de ciseaux agrandissez la brèche, par en haut

Couchez immédiatement l'enfant sur le linge que vous présentent les deux mains de votre second aide, et, sans attendre, jetez une pince de Kocher sur le cordon que vous sectionnez, d'un coup de ciseaux, à 2 cent. en deçà de cette pince. L'enfant est emporté vers le lieu où tout a été préparé pour le ranimer s'il en est besoin. La personne qui est chargée de lui donner les soins habituels procède

à la ligature du cordon, l'opérateur et son premier aide devant s'occuper exclusivement de la mère.

B. Extraction de l'arrière-faix. — Sitôt le fœtus extrait, l'utérus se rétracte, et l'hémorragie diminue *ipso facto.* Avec une large compresse, on éponge grossièrement le champ opératoire, et, *l'aide maintenant toujours les parois abdominales au contact des faces latérales de l'utérus*, nous allons procéder à la délivrance. Si le placenta s'insérait en avant, il se présente de lui-même et est facilement extrait ; s'il siège en tout autre endroit, nous irons le chercher puis l'accrocher avec l'extrémité des doigts de la main droite, comme nous savons le faire pour toute délivrance artificielle ; à moins d'adhérences anormales, cela est vite fait. L'extraction des membranes va nous demander plus de temps ; il est ici plus important que jamais de n'en point laisser dans l'utérus. Apportons donc, à cette délivrance membraneuse, tout le temps nécessaire ; procédons avec douceur, pour ne pas les arracher par petits lambeaux, assurons-nous bien que tout est enlevé, en nous souvenant que c'est surtout au niveau des cornes utérines et du segment inférieur que sont les membranes adhérentes. Terminons, au besoin, par une sorte d'écouvillonnage de la cavité utérine à l'aide d'une compresse de tarlatane sèche, dont on essuie tout l'endométrium, exactement comme l'on essuierait un récipient quelconque : cette petite manœuvre réussit bien souvent à débarrasser la matrice de petits fragments de membranes que les doigts n'auraient pu détacher. Il est bon de s'assurer, en terminant, qu'il ne reste pas, au niveau du col, un petit pont membraneux obstruant l'orifice interne, et qui, de ce fait, s'opposerait à l'écoulement ultérieur des lochies. Nous ne saurions apporter trop de soins à tout cet acte de la délivrance ; combien, en effet, deviendraient graves et difficiles à traiter les accidents infectieux résultant d'une rétention de débris de l'arrière-faix ! Dans un accouchement par les voies naturelles, on sait, qu'en cas de délivrance incomplète, on a la ressource des injections utérines, de l'écouvillonnage ; ici, ces manœuvres seraient très dangereuses, en raison de la plaie utérine. Tout doit donc être immédiatement enlevé. Si l'on éprouve des difficultés à opérer l'utérus restant *in situ*, il n'y a qu'à l'extraire momentanément hors du ventre : pour ce faire, il n'y a qu'à l'accrocher, avec un ou deux doigts, au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision ; cela vaut mieux que d'essayer de l'énucléer par pressions latérales, cette manœuvre risquant de faire sortir en même temps l'intestin. L'aide alors a bien soin d'insinuer un large champ de toile entre la paroi postérieure de la matrice et la plaie abdominale de façon à prévenir toute issue des anses grêles. En thèse générale, moins on déplace la matrice, mieux cela vaut, car tout tiraillement ainsi exercé sur le segment inférieur prédispose aux hémorragies secondaires. On n'extériorisera donc l'utérus que lorsqu'on ne pourra pas faire autrement.

La délivrance étant terminée, nous essuyons, comme tout à l'heure, avec une épaisse compresse de tarlatane sèche, toute la région opératoire, la débarrassant du sang qui la souille, et nous permettant d'y voir clair. Nous nous assurons que la cavité péritonéale est toujours bien protégée. Au besoin nous ajoutons une compresse ou deux ou nous changeons celles qui sont par trop mouillées. Toutefois, ne perdons pas trop de temps : tant que l'utérus n'est pas suturé, il saigne ; mieux vaut le fermer d'abord, et procéder ensuite à la toilette.

III° FERMETURE DE L'UTÉRUS ET DE L'ABDOMEN. — *A.*) *Suture de l'utérus.* — Deux cas cliniques peuvent se présenter : cela saigne ou cela ne saigne pas.

A. **L'utérus saigne** : ici comme toujours, c'est la rétraction de l'utérus qui est l'agent de l'hémostase spontanée, si donc il y a inertie utérine, il y aura hémorragie, le sang provenant et de la plaie placentaire et des sinus ouverts au niveau de l'incision. Il n'y a pas à perdre de temps : l'utérus est tiré hors de l'abdomen, comme nous l'avons dit précédemment. L'aide peut alors comprimer, entre les doigts, la base des ligaments larges, ce qui va diminuer très nettement l'afflux sanguin. En aucun cas il ne faut appliquer de ligature élastique autour du segment inférieur ; cette manœuvre est traumatisante et expose grandement aux hémorragies secondaires ; elle n'est de mise que dans les cas absolument exceptionnels, où l'on se trouverait, du fait, par exemple, d'une hémorragie incoercible, dans la nécessité d'enlever l'utérus ; la pose de la ligature élastique devient alors le premier temps de l'amputation utéro-ovarique de Porro.

Mieux vaut *tamponner l'utérus*, ce qui n'est, en somme, que la répétition de ce que l'on fait dans l'accouchement ordinaire en cas d'hémorragie, par inertie, après la délivrance : mais ici, ce tamponnement au lieu de se faire par les voies naturelles, se fait par la brèche utérine. Saisissant donc, entre les doigts, l'extrémité de la très longue bande de tarlatane stérilisée que l'on a toujours eu soin de faire préparer d'avance, on tamponne méthodiquement toute la cavité de la matrice. Le chef de la bande est porté d'abord vers l'orifice interne du col puis dans tout le segment inférieur, puis dans le corps, sans oublier les cornes. Allons vite, c'est facile. Quand la matrice est ainsi bien bourrée de gaze, nous coupons l'extrémité de notre lanière, et il n'y a plus qu'à procéder aux sutures.

Une *injection d'ergotine* ou d'ergotinine à la cuisse peut être faite, en même temps, par *un aide.* D'ailleurs, beaucoup d'accoucheurs font systématiquement cette injection, à titre prophylactique, soit avant l'ouverture de l'abdomen, soit au moment d'inciser l'utérus. Cette pratique ne présentant aucun danger, on pourra toujours y recourir. Est-il besoin d'ajouter qu'en cas d'hémorragie sérieuse, il y a lieu de faire procéder sans tarder à une injection sous-cutanée de sérum artificiel.

B. **L'écoulement sanguin est insignifiant ou nul** : dans ce cas, il est inutile d'extérioriser l'utérus. Faut-il le tamponner ? C'est bien discutable. Les partisans du tampon invoquent, en sa faveur, qu'il met à l'abri des hémorragies secondaires, et qu'il facilite la perméabilité du col aux lochies. Ses adversaires lui reprochent de pouvoir devenir une source d'infection si l'asepsie n'est pas absolument rigoureuse, et de provoquer des tranchées utérines très pénibles. Pour notre compte personnel, nous aimons mieux ne pas y avoir recours, à moins d'indication fournie par l'état d'inertie de la matrice. Nous procéderons donc à la suture utérine, sitôt la délivrance achevée.

Cette suture peut être faite *au catgut* (n° 3 ou 4), qui a l'avantage de se résorber, mais dont les nœuds ont parfois un peu de tendance à se desserrer ; à la soie (n° 2), qui tient très bien, mais présente le gros inconvénient de n'être pas résorbable et d'être d'une stérilisation très difficile; ou *au tendon de renne* qui nous semble l'idéal. Nous commencerons par l'angle inférieur de la plaie ; la grosse aiguille courte de Reverdin est enfoncée dans le muscle utérin, à un bon centimètre de la lèvre droite de la plaie ; elle traverse toute l'épaisseur de ce muscle[1], gagne la

(1) Certains auteurs recommandent de ne pas comprendre la muqueuse utérine dans l'anse des sutures, de façon à ne pas ouvrir la

partie profonde de la lèvre opposée qu'elle perfore également à un large cent. de son bord. Le fil, qu'on lui présente *toujours par points séparés*, doit être noué *trois fois*, avec le plus grand soin.

Il importe de bien coapter les deux lèvres de la plaie, mais il est inutile, voire même dangereux, de serrer trop fortement, ce qui n'aurait d'autre résultat que de faire couper par les fils le muscle utérin. Le triple nœud terminé, on sectionne les deux chefs de chaque fil, en leur laissant une longueur de 2 cent. environ ; coupés plus courts, ils risqueraient de se dénouer. Un second fil est placé, de la même manière à 1 cent. 5 du premier, puis un troisième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la brèche utérine soit bien exactement close ; 8 *à* 10 *fils suffisent* généralement pour cela. Pendant que l'on procède à cette suture, on a soin d'intercaler une compresse dans la partie de la plaie encore béante, compresse qui protège cette plaie de tout contact, et que l'on retire au fur et à mesure que la suture se complète. Cette suture terminée, on essuie soigneusement la face antérieure de l'utérus, et l'on s'assure qu'en aucun point les lèvres de la plaie ne bâillent ; un ou deux fils supplémentaires pareraient à cet inconvénient. Trop d'attention ne saurait être apportée à la fermeture de l'utérus, d'ailleurs, on dispose de tout le temps voulu, la suture ayant réalisé l'hémostase. Quant à l'affrontement des deux lèvres de la séreuse péritonéale qui revêt l'utérus, il n'y a pas à s'en occuper, il se fait tout naturellement. L'utérus étant essuyé une dernière fois, on passe au temps suivant.

B) **Toilette du péritoine.** — Nous retirerons d'abord, l'un après l'autre, toutes les compresses qui avaient été disposées autour de l'utérus, puis soulevant de chaque côté, la paroi abdominale, nous inspectons la cavité péritonéale : si quelque caillot y est tombé, nous l'enlevons soigneusement, et, à l'aide de petites compresses montées sur de longues pinces (pinces à pansements ou clamps), nous épongeons sans frotter les culs-de-sac pré et latéro-utérins. Le péritoine étant bien asséché, les anses grêles ayant repris leur place habituelle, on rabat, on étale le grand épiploon au-devant de l'utérus, pour en recouvrir la ligne de sutures. Il n'y a plus qu'à fermer l'abdomen, *sans le drainer* quand on est intervenu dans des conditions aseptiques, en déposant deux gros drains dans l'angle inférieur de la plaie, si l'on a des raisons de croire que le liquide amniotique, qui a souillé le péritoine, était septique.

C) **Fermeture de l'abdomen.** — On procédera à ce temps, méthodiquement, comme à la fin de toute laparotomie chirurgicale :

1° *On s'assure qu'aucun vaisseau ne donne*, et on lie au catgut ceux qui suintent après l'ablation des pinces hémostatiques.

2° *On suture la paroi en 3 plans* :

a) Un surjet péritonéal au catgut ;

b) Des points séparés, également au catgut, sur le plan musculo-aponévrotique ;

c) Des crins de Florence sur les téguments. Là encore, on ne s'arrête que lorsqu'on s'est bien assuré, qu'en aucun point, la plaie ne bâille. Une suture bien faite est la meilleure garantie contre les risques d'éventration post-opératoire.

L'anesthésie est arrêtée. La durée totale de l'opération n'aura pas excédé vingt-cinq minutes à une 1/2 heure entre des mains habituées à cette intervention, trois quarts d'heure environ quand on n'y est pas déjà entraîné.

porte aux germes que peut contenir l'endomètre. En pratique, une telle conduite expose l'opérateur à ne pas bien réunir les 2 lèvres de la plaie, ce qui laisse une cicatrice peu solide, capable de se rompre lors d'une grossesse ultérieure. Il faut bien faire attention, si l'on a tamponné l'utérus, à ne pas embrocher dans les fils la gaze du tamponnement.



C) Soins consécutifs.

1° Pansement post-opératoire. — La paroi abdominale étant essuyée avec un champ, de façon à ce qu'il ne reste aucune tache de sang, on passe à l'aide d'un peu d'ouate hydrophile montée sur une pince de Kocher, un peu de teinture d'iode sur la ligne de suture cutanée, puis on y applique le pansement habituel de toute laparotomie : compresses de gaze sèche, lames de coton hydrophile et *très large bandage de corps* en flanelle, *remontant très haut*, fortement sanglé et retenu par des sous-cuisses.

Si l'utérus n'a pas été tamponné, tout est fini, et il n'y a plus qu'à recouvrir la vulve par un pansement aseptique (gaze et ouate hydrophile), maintenu par un bandage en T et à reporter l'opérée dans un lit. Dans le cas contraire, on attire la femme à l'extrémité de la table d'opération, on la met en position obstétricale, et avec une pince à pansement guidée sur 2 doigts de la main gauche, on va à la recherche du chef de la lanière de gaze mise en contact avec l'orifice interne du col ; ce chef est attiré jusqu'à la vulve, ce qui rendra aisée l'ablation ultérieure du tampon. Un pansement vulvaire est enfin appliqué comme il vient d'être dit.

2° Soins durant les premiers jours. — Si l'utérus a été tamponné, on retire le tampon au bout de 1 h. à 2 h.; sinon, il n'y a pas à traiter l'accouchée autrement que toute femme venant de subir une laparotomie. Nous n'avons donc qu'à énumérer très rapidement les précautions à suivre, et que chacun connaît :

a) Evacuation de la vessie, matin et soir par sondage, si la malade n'urine pas spontanément ;

b) Repos de l'intestin pendant les 2 premiers jours, puis évacuation le matin du 3e jour, à l'aide d'une légère purgation dont on aide l'effet par un lavement d'huile d'olive ; ensuite, évacuation quotidienne par lavements.

c) Diète rigoureuse pendant les 24 premières heures, puis reprise graduelle de l'alimentation.

d) Repos absolu, l'opérée devant rester sur le dos, pendant toute la première semaine, et le sommeil étant assuré, s'il ne vient pas spontanément, par une piqûre vespérale d'une demi-seringue de morphine.

3° Ablation des fils et lever de l'opérée. — Les fils seront retirés le 9e *jour*. Jusqu'à cette date, il n'y a pas à toucher au pansement, à moins de complication. Ce pansement est encore réappliqué pendant 4 à 5 jours, et définitivement enlevé.

La femme quittera son lit, comme toute autre accouchée, *à la fin de la* 3e *semaine*. Elle devra, de toute nécessité, porter, du moins pendant les premiers mois, une ceinture hypogastrique.

Remarquons, en terminant, *qu'il n'y a, du fait de la césarienne, aucune contre-indication à l'allaitement maternel*, et que tout allant bien, on mettra l'enfant au sein de sa mère, dès le 3e jour.

Telle est l'opération césarienne conservatrice. C'est, nous le répétons, une opération simple, bien réglée, mais qui nécessite, pour être entreprise avec succès, des conditions rigoureusement aseptiques. Le praticien qui la tente doit avoir sans cesse à l'esprit cette seule préoccupation : *ne pas l'entreprendre si la parturiente paraît infectée, et se garder de la moindre cause de contamination du péritoine.*

L'auscultation du sommet du poumon ;

Par F. RAMOND,
Médecin des hôpitaux.

Depuis Laënnec, l'auscultation est restée telle que l'avait instituée le génial clinicien ; et ce ne sont que quelques points de détail que ses successeurs ont pu ajouter au travail fondamental. Notre contribution sera donc des plus modestes, si modeste même que nous avons longtemps hésité à la publier. Il s'agit de l'auscultation d'une région que négligent la plupart des cliniciens : le sommet du poumon qui affleure dans la région sus-claviculaire de deux à trois centimètres à l'état normal, beaucoup plus dans certains cas d'emphysème. A ce niveau, le poumon est recouvert en dehors par les aponévroses cervicales et le tissu cellulaire, en dedans par l'insertion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Mais la portion située en dehors du bord externe du muscle est la moins considérable, sauf le cas d'emphysème prononcé ; c'est donc au niveau du sterno-cléido-mastoïdien, dans la fossette que délimitent ses deux chefs inférieurs d'insertion, que l'auscultation donnera le plus de résultat. On appliquera sur ce point l'extrémité du stéthoscope, en ayant soin de relâcher le muscle par une légère flexion et rotation de la tête. L'inspiration, à l'état normal, est forte, presque rude ; l'expiration plus prolongée, plus douce. La toux est soufflante, la voix résonne bien, et la percussion du sommet sous la clavicule donne un bruit net et fort. En dehors du bord externe du muscle, tous ces symptômes s'atténuent ; c'est donc encore la fossette sterno-cléido-mastoïdienne qui est le siège d'auscultation le plus favorable.

Les bruits que l'on entend à ce niveau proviennent bien du sommet du poumon, peut-être aussi de la bronche correspondante, mais nullement de la trachée adjacente. Le souffle trachéal possède un timbre tout à fait différent ; d'ailleurs dans un cas de pneumothorax gauche total, nous avons pu constater que le bruit pulmonaire disparaissait entièrement dans la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, alors que le souffle trachéal conservait toute sa netteté.

L'auscultation du sommet, à l'état pathologique, ne donne des symptômes utiles que dans les cas où le sommet est véritablement intéressé par le processus morbide. Ces symptômes peuvent alors précéder ceux tirés de l'auscultation des zones sous-claviculaires et scapulaires ; c'est là il est vrai, une circonstance assez rare ; et le plus souvent, même dans les inflammations nettement circonscrites au dôme pulmonaire, la méthode classique donne des résultats plus probants. Toutes les fois que la lésion dépassera la région très limitée du sommet — et c'est là le cas de beaucoup le plus fréquent — les procédés ordinaires seront préférables. En résumé, l'auscultation du sommet ne s'applique qu'à un nombre restreint de faits où elle permet quelquefois de dépister une inflammation au début, avant toute autre investigation ; mais le plus souvent, nous le répétons, elle se borne à confirmer les résultats obtenus par les procédés classiques.

Nos recherches ont naturellement porté sur la tuberculose pulmonaire du sommet à son début ; nous négligerons pour le moment les cas de tuberculose plus avancés. Dans ces conditions, on constate que l'inspiration est plus forte et plus rude, quelquefois même râpeuse, saccadée, désagréable à l'oreille ; l'expiration est plus nette, souvent soufflante et également saccadée. La toux est retentissante ; la voix résonne fortement sous l'oreille ; et les bruits de percussion sous-claviculaire se transmettent avec intensité par l'intermédiaire du stéthoscope. Parfois enfin quelques râles crépitants ou sous-crépitants, des frottements pleuraux se surajoutent aux bruits respiratoires. Plus rarement ce sont des symptômes inverses qui prédominent : l'inspiration est moins forte que normalement, l'expiration à peine perceptible, continue, sans saccades. Et cependant il s'agit bien, à n'en pas douter, de tuberculose du sommet ; mais cette tuberculose s'accompagne d'emphysème, et nous verrons tout à l'heure que les signes de l'emphysème du sommet du poumon offrent quelques caractères particuliers, qui nous expliqueront les résultats de cette auscultation d'apparence anormale.

Dans une vingtaine de cas, observés pour la plupart dans le service de la consultation de la Pitié, il nous a été possible de dépister une tuberculose initiale, alors que l'auscultation et la percussion sous-claviculaires ne révélaient aucune anomalie clinique.

En revanche, dans beaucoup de cas de tuberculose dite du sommet, l'auscultation sus-claviculaire paraissait normale, malgré l'évidence des lésions ; mais il est probable que celles-ci respectaient la partie toute supérieure du sommet qu'atteint l'auscultation sus-claviculaire. Nous avons pu en avoir la preuve une fois par l'examen radioscopique ; le sommet était clair, emphysémateux, et les tubercules siégeaient à quelques centimètres au-dessous.

En dehors de la tuberculose du sommet, l'auscultation sus-claviculaire est à peu près négligeable. Nous n'en signalerons les résultats qu'à titre de curiosité dans la pneumonie, la pleurésie, l'emphysème et le pneumothorax.

La pneumonie, uniquement localisée au sommet, est rare ; le plus souvent elle envahit tout le lobe supérieur. Cependant nous avons pu examiner à la consultation de la Pitié un terrassier de 39 ans, au début d'une pneumonie du sommet gauche. Rien, par la simple auscultation sous-claviculaire, ne révélait la présence de cette inflammation et cependant le stéthoscope appliqué au point d'élection permettait d'entendre des bouffées de râles crépitants très fins, une inspiration rude et soufflante, une expiration forte et prolongée ; il n'y avait pas de retentissement de la toux. Le lendemain, le malade, examiné dans le service de M. Rénon, présentait tous les signes habituels de la pneumonie du sommet. L'auscultation sus-claviculaire avait permis de porter un diagnostic précis 24 heures à l'avance.

Au cours de la pleurésie séro-fibrineuse à moyen épanchement, les signes stéthoscospiques du sommet n'offrent rien d'anormal ; mais si l'épanchement augmente, le poumon est refoulé vers la région sus-claviculaire ; et deux cas peuvent se présenter. Si les alvéoles du sommet ne se distendent pas sous l'influence d'un emphysème transitoire, la respiration devient plus rude et plus forte ; dans le cas contraire, le murmure vésiculaire s'atténue progressivement.

L'emphysème localisé au sommet est fréquent ; il n'est même pas rare de voir la région sus-claviculaire voussurée par un poumon dilaté ; dans ces conditions, le sommet dilaté déborde nettement le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien, et fait saillie en dehors du muscle. Mais quel que soit le degré d'emphysème, l'auscultation du sommet révèle une diminution du murmure vésiculaire proportionnelle au degré de l'emphysème. C'est pourquoi nous avons vu que certaines variétés de la tuberculose du sommet, accompagnées d'emphysème, se révélaient par une atténuation de la respiration du sommet.

Dans un cas de pneumothorax gauche total, l'auscultation du sommet était complètement muette, l'air ne pénétrait donc plus dans cette portion du poumon. Cependant l'oreille appliquée sous la clavicule ou dans les fosses scapulaires percevait un souffle bronchique, très atténué

il est vrai, mais incontestable, et qui pouvait laisser supposer que le pneumothorax n'était pas généralisé. Or la radioscopie prouva que le poumon était complètement rétracté et accolé contre la gouttière costo-vertébrale. Le souffle perçu à gauche était donc un souffle de transmission venant du poumon droit. L'auscultation du sommet nous avait permis de porter le diagnostic ferme, avant toute recherche radiologique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les préjugés contre l'infirmière.

Ce n'est pas la première fois que le *Progrès médical* parle de la profession de l'infirmière et jette dans la lutte autour de ce nom d' « infirmière », si souvent attaqué, l'autorité de son influence, et surtout l'autorité de l'un de ceux qui ont le plus fait pour le progrès, je dirai même pour l'émancipation de cette profession : le regretté docteur Bourneville qui, jusqu'à la dernière heure, travaillait avec acharnement pour l'œuvre des Ecoles municipales d'infirmières et pour la laïcisation.

Malheureusement, il existe toujours des préjugés contre l'infirmière. Si les pouvoirs publics ont compris quelle devait être sa profession et ont rendu hommage à la conception de l'infirmière moderne, il n'en est pas de même de l'opinion. Combien de fois nous a-t-il été donné de constater dans le grand public, — souvent aussi parmi les médecins — de ces préventions qui dénotent la vivacité de certaines erreurs, la confusion et les fausses interprétations dont on continue à entourer les mots.

L'infirmière ! le mot même a été décrié ! Certaines ne veulent plus le porter et préfèrent je ne sais quel barbarisme formé d'un nom anglais défiguré pour passer comme par force dans la langue francaise. Sans doute, il vaudrait mieux disposer d'un vocable plus approprié à la fonction que celui qui attache l'infirmière à l' «infirme » et qui, apparemment, en fait une simple garde. Par la force des choses, on vient à employer le mot de « soignante » ; mais ce n'est pas le mot qui fait la chose ; il suffira que les infirmières soient de vraies infirmières pour rendre à ce terme toute sa valeur et sa place dans le langage noble.

Une autre confusion dans la dénomination des choses est plus grave : celle qui fait classer indistinctement sous le nom d'infirmiers et d'infirmières des travailleurs qui n'ont évidemment pas les mêmes fonctions. Il s'agit ici de la distinction fondamentale entre le personnel servant et le personnel soignant. Aujourd'hui, on appelle aussi bien « infirmiers », de vrais infirmiers qui donnent des soins aux malades que des garçons de service qui font les gros nettoyages, qui transportent le linge sale et qui n'ont eu besoin d'aucun apprentissage. Là est le criterium : l'apprentissage. Ce qui caractérise la profession de l'infirmière et de l'infirmier, c'est qu'elle exige un long apprentissage, des qualités intellectuelles et morales. Et cette confusion, sous un vocable unique, de travaux entièrement distincts et qui doivent être séparés non seulement par l'organisation logique mais encore à cause des nécessités scientifiques, a pesé lourdement sur la profession d'infirmière et n'a pas peu contribué à lui retirer de sa grandeur.

Mais il y a des préjugés plus inquiétants contre l'infirmière ; et, même dans les pays où les infirmières ont su imposer leur autorité et se sont fait reconnaître comme formant une véritable corporation, elles se heurtent tous les jours à cette étrange accusation d'en vouloir trop apprendre. Combien de fois n'a-t-on pas critiqué ces « demi-savantes » ? Il n'y a pas d'accusation plus fausse ni de tendance plus dangereuse. Sans doute, on peut craindre de les voir devenir des demi-médecins ; mais a-t-on souvent constaté de ces fautes dont on nous rabat si souvent les oreilles ? Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'exemples. Ou, si ces empiétements sur le domaine médical ont été commis, ils l'ont été par des amateurs et non par des infirmières dont c'est la *profession* de soigner les malades.

Bien au contraire, il est indispensable d'augmenter par tous les moyens leur instruction, non seulement cette instruction générale qui s'adapte si bien au développement de connaissances spéciales, mais encore ces notions techniques en relations étroites avec le travail de chaque jour.

Qu'arrive-t-il, lorsqu'une infirmière recoit des indications pratiques sur les soins à donner à l'œil ? Elle court à son livre d'anatomie et elle a besoin de compléter ce qu'elle sait sur l'organe auquel elle va faire des applications. Qu'arrive-t-il lorsque l'infirmière se trouve en présence de cas de contagion et qu'on procède à des mesures de précaution contre l'eau contaminée ? Elle constate qu'elle ne sait pas ce que c'est que l'hygiène de la boisson quand — trop souvent — elle n'a pas été frappée elle-même, faute d'avoir pu être suffisamment instruite.

Ne craignons donc pas les cours trop étendus, les notions trop précises ; il faut que l'infirmière comprenne le médecin ; il faut qu'elle ait dans la mémoire des notions auxquelles elle rattachera les ordres de détails donnés chaque jour au lit du malade.

Et c'est bien parce qu'il s'agit d'ordres de détails, parce qu'il s'agit de questions toujours spéciales que les connaissances de l'infirmière doivent être développées. Pense-t-on qu'un médecin aura le temps de dire à l'infirmière les raisons qui expliquent comment elle va opérer ? Jamais un médecin n'aura avec elle la patience qu'il montre à l'égard de la mère à laquelle il fait un petit cours sur chaque cas.

Il sera d'autant moins disposé à ses confidences qu'instinctivement il verra dans l'infirmière — je parle surtout de la clientèle privée, où elle demeure après lui dans la famille, où elle devient la confidente de la maison, — une concurrente et, dans une certaine mesure, une ennemie contre laquelle il ne pourra se défendre de quelque appréhension.

C'est ce qu'il nous a été donné récemment de voir dans des circonstances où l'envoi d'infirmières à domicile a paru menacer la situation des médecins par la tentation où elles seraient amenées par les familles de se substituer à eux et de prescrire.

En réponse à tous ces préjugés, à toutes ces critiques, combien d'abnégation, quel souci de la nécessité du devoir professionnel ne sont-ils pas nécessaires à celles qui s'engagent dans la profession et qui contractent vis-à-vis de toutes leurs camarades l'engagement d'honneur de devenir les champions des idées nouvelles.

C'est bien ce qu'ont compris les Américaines ; les nurses américaines, en quelques années, ont transformé leur pro-

fession par des efforts vraiment stupéfiants de la part de femmes, par une intelligence supérieure de leurs intérêts professionnels. Elles ont imposé partout la règle, le minimum de garantie, ce qu'elles appellent le «Standard » qui leur permet, comme corollaire, d'exiger une rémunération supérieure pour des services supérieurs. Elles ont bien compris quelles relations il y avait entre la morale et l'intérêt professionnel, entre la valeur personnelle et les résultats pratiques à obtenir auprès du public. Elles ont relevé tout à la fois les études dans les écoles de « nurses », l'éducation et la tenue de toutes ces diplômées et de toutes ces graduées qui restent groupées autour de leur école en associations. Elles ont augmenté dans la plus large mesure le rôle de l'infirmière et, sacrifiant leurs personnes, consacrant gratuitement quelques années aux malheureux, elles se sont lancées dans les soins aux malheureux à domicile, dans les soins aux tuberculeux à domicile, dans le service d'infirmières à l'école, avant d'être des gardes-malades privées ; enfin, après avoir étendu la durée des études, après avoir exigé une instruction générale, après avoir établi un programme minimum imposé à chaque école et avoir complété l'instruction professionnelle par des associations post-scolaires,elles ont organisé partout la surveillance des professionnelles en fonctions ; le réseau des associations a permis un contrôle, une discipline, institués par les intéressées elles-mêmes, dans l'intérêt supérieur de leur profession. Et ces efforts n'ont abouti à rien moins qu'à la consécration de leur profession par un diplôme d'Etat au même rang que la profession médicale ; les nurses américaines ont obtenu le relèvement de leur salaire et organisé des moyens de défense contre les aléas si graves qui menacent les infirmières dans leur profession.

Nous n'en sommes pas, en France, à l'organisation de la profession, mais il faut que chacun,dans sa sphère,lutte contre les préujgés injustes qui entravent encore l'essor de la profession et qui faisaient dire naguère qu'il n'y a pas en France de jeunes filles de bonne éducation qui veuille de ce métier déshonorant. Il y a, à l'heure actuelle, plus de 800 demandes pour entrer à l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique, parce qu'il a suffi d'offrir des garanties sérieuses pour que,de tous les points de la France,on vienne se consacrer à une profession qui — il faut bien le dire — est, entre toutes, attachante. Il est temps, en effet, que toutes les infirmières comprennent la force de celles qui, comme les nurses américaines, inscrivent dans leurs statuts l'engagement, de la part de chacune, de faire de la propagande, de ne négliger aucun effort et, au besoin, de se sacrifier elles-mêmes dans l'intérêt supérieur de la profession, tant il est vrai que le leur est subordonné à cet intérêt.

André Mesureur,
Secrétaire général adjoint du
Conseil supérieur de l'Assistance publique.



MÉDECINE PRATIQUE

Les stomatites mercurielles frustes ;

Par G. Milian
Médecin des hôpitaux.

La grande préoccupation du médecin qui administre le mercure est de ne pas infliger à son malade les complications souvent terribles de la stomatite. Il doit surveiller avec un soin minutieux la bouche du malade pour surprendre le moindre signe d'intolérance.

Il est rare, en effet, qu'une stomatite s'installe d'emblée avec toute son intensité : elle est précédée d'un certain nombre de signes avant-coureurs, qui indiquent qu'elle est en imminence ou à son début, et que, par suite, le traitement doit être modifié : suspension, remplacement de l'huile grise par un sel soluble, remplacement du mercure par un sel arsenical ou par l'iodure de potassium, etc.

Fournier a depuis longtemps indiqué (1) que la stomatite prélude par des *gingivites partielles*, des *stomatites d'alarme*, comme il les appelle d'une façon si imagée et si caractéristique, et dont il distingue quatre types principaux : 1° la gingivite médiane inférieure ; 2° la gingivite périphérique ; 3° la stomatite génienne ; 4° le décollement rétro-molaire.

Outre ces variétés décrites par Fournier, il en existe d'autres, initiales ou diminuées, que l'examen attentif des malades en traitement nous a permis d'isoler et dont nous nous proposons de faire ici l'étude d'ensemble sous le nom de *stomatites mercurielles frustes*, en employant le mot de *frustes* dans son sens habituel de maladie dont la symptomatologie ne se développe pas au complet.

On peut les classer de la manière suivante :

1° *Stomatite catarrhale* (Milian).
2° *Stomatite névralgique* (Milian).
3° *Stomatites localisées.*
A. — *Aiguës* (stomatites d'alarme de Fournier) :

a) Gingivite médiane inférieure (Fournier).
b) Gingivite périphérique (Fournier).
c) Stomatite génienne (Fournier).
d) Décollement rétro-molaire (Fournier).
e) Stomatite du voile et des piliers (Milian).

B. — *Chroniques* :

a) Liséré mercuriel (Milian).
b) Erosion dentaire du collet (Milian).

Nous étudierons aujourd'hui les stomatites *catarrhale et névralgique*.

1° *Stomatite catarrhale*. — Cette stomatite *catarrhale*, ainsi appelée parce qu'elle est diffuse et non suppurée, est l'apanage des sujets qui, tout en ayant de bonnes dents non cariées et bien entretenues, ont un mauvais tube digestif ou simplement sensible aux écarts de régime. On peut l'observer pourtant mais exceptionnellement chez des sujets qui n'ont aucune tare gastro-intestinale.

Elle s'annonce par de la *diminution de l'appétit*, qui peut aller jusqu'à l'anorexie. L'*haleine est fétide*, et d'une fétidité bien spéciale, bien caractéristique, reconnaissable entre mille, différente de la fétidité de la carie dentaire,

(1) Fournier,— « Traitement de la syphilis » ; chez Rueff, 1902, page 125, et « Leçons sur la stomatite mercurielle ». *Union médicale*, 1890-91.

de la gangrène, de l'ozène, et qui est la *fétidité mercurielle*, plus proche de l'odeur fécaloïde ou de l'hydrogène sulfuré que de toute autre. Cette haleine mercurielle est le premier degré de l'imprégnation hydrargyrique ; elle apparaît dès le début. Elle est même un obstacle au traitement, car bien des malades sont gênés dans leur cure par ce désagréable symptôme dont s'aperçoit bien vite l'entourage immédiat.

Le sujet ressent en outre un *goût métallique*, la salive est plus épaisse, plus abondante aussi.

Enfin la *langue* est grosse, un peu œdémateuse et chargée d'un enduit *saburral* plus ou moins épais. La face dorsale de la langue, surtout en avant du V, est blanc jaunâtre et quelquefois les papilles sont tellement irritées qu'elles prolifèrent et donnent en certains points l'aspect de la *langue pileuse*.

Cet état de la bouche n'est, nous l'avons dit, qu'un épisode d'une véritable gastro-entérite qui se traduit, outre l'anorexie et le malaise général par une *constipation opiniâtre* qui surprend d'autant le malade qu'il est habitué à des garde-robes normales. Constamment elle s'accompagne de l'expulsion de gaz très sonores, en même temps que très abondants et très fétides.

Après quelques jours de suspension de traitement, cette constipation cesse et souvent lui succède une *diarrhée d'élimination*, assez caractéristique en l'espèce et qui est identique à ce que Linossier a décrit sous le nom de «diarrhée postprandiale» des biliaires et, dans laquelle, quelques instants après le repas, le sujet est pris d'un besoin impérieux d'aller à la selle et d'expulser une garde-robe très liquide souvent noirâtre et très fétide, dont la fétidité est comparable d'ailleurs, à un degré plus élevé, à celle de l'haleine.

Comme on le voit, la stomatite fait, ici, partie d'un embarras gastro-intestinal général.

2° *Stomatite névralgique*. — Cette variété de stomatite mérite d'être bien connue, car elle pourrait induire en erreur. Il s'agit de malades qui, en cours de traitement, vers la 3e ou 4e piqûre d'huile grise d'une série (plus souvent au cours des dernières séries) par exemple, se plaignent d'un *mal de gorge* le plus souvent unilatéral. Ils éprouvent une petite douleur au fond de la bouche, vers l'amygdale, au repos comme au moment de la mastication ou en avalant. Ils croient à un accident syphilitique et affirment qu'ils ont là une plaque ou une petite plaie. On examine avec soin et on ne voit rien.

La douleur se propage dans l'*oreille* du côté correspondant.

Douleur d'un côté de la gorge, douleur dans l'oreille correspondante, telle est donc toute la symptomatologie de cette variété de stomatite mercurielle.

Le mercure est, en effet, nettement responsable de ces symptômes. La première fois que je constatai ceux-ci, je fus assez embarrassé pour les expliquer ; mais peu à peu, après plusieurs observations, la démonstration se fit évidente. On les voit apparaître chaque fois que le malade est en cours de traitement, et disparaître quand on le cesse.

Ils deviennent plus violents pendant les jours qui suivent la piqûre d'huile grise, pour s'atténuer ensuite lorsqu'on s'éloigne de celle-ci et reprendre encore à une autre piqûre. Autrement dit, au maximum d'action du mercure se superpose le maximum de phénomènes douloureux.

Enfin il se superpose toujours un *certain degré de stomatite*, sensibilité des gencives, décollement de la gencive autour de la dernière molaire inférieure du côté correspondant à ces douleurs, mais qui passent au second plan et qu'il faut rechercher avec soin pour ne pas les laisser passer inaperçues.

Ainsi V... reçoit une piqûre d'huile grise les 15-22-29 février ; 7, 14, 21, 28 mars ; 4 avril, 11 avril 1908. Le 29 février 1908, il se plaint d'avoir *mal à la gorge du côté gauche* depuis quelques jours, au repos comme lorsqu'il avale ; il a aussi une douleur dans l'*oreille gauche* et ses gencives sont sensibles. Le 7 mars, mêmes symptômes avec sensibilité de la mâchoire inférieure gauche. On ne voit rien à l'examen objectif. Les douleurs persistent pendant toute la durée du traitement. Elles s'atténuent lorsqu'on s'éloigne de la piqûre, elles redeviennent plus fortes au contraire immédiatement après celle-ci, le lendemain ou le surlendemain. Elles guérissent définitivement après la série de piqûres. Une nouvelle série de piqûres est faite du 12 septembre au 7 novembre 1908, avec la reproduction des mêmes phénomènes.

La *pathogénie* de cette variété de stomatite est assez difficile à fournir. Elle est en tout cas l'apanage des sujets qui tiennent leur bouche très propre, et chez lesquels les soins hygiéniques empêchent l'infection des gencives. Généralement unilatérale, accompagnée de la douleur auriculaire, elle semble relever d'une névralgie toxique portant sur les terminaisons du nerf maxillaire inférieur et particulièrement sur l'une de ses branches, le nerf dentaire inférieur.

THÉRAPEUTIQUE

—

Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical Hectine.

MM. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et Mouneyrat, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, viennent de présenter à la Société médicale des hôpitaux un nouveau dérivé arsenical organique, l'*Hectine*, qui apparaît comme un très remarquable agent thérapeutique de la syphilis.

L'*Hectine* est le sel de soude de l'acide benzo-sulfone-para-aminophénylarsénique. Il répond à la formule :

$$C^6H^5 - SO^2 - AzH - C^6H^4 - As \begin{cases} = O \\ - OH \\ - ONa \end{cases}$$

et a la constitution suivante :

$$C — As \begin{cases} = O \\ - OH \\ - ONa \end{cases}$$

(1)
HC (6) (2) CH
HC (5) (3) CH
(4)

$$C - AzH - SO^2 - C^6H^5$$

Il se caractérise par sa grande solubilité dans l'eau et par la facilité avec laquelle on peut l'associer aux préparations de mercure et d'iode. A son sel mercuriel soluble a été donné le nom d'*Hectargyre*.

D'autre part, le nouveau corps est infiniment moins toxique que l'atoxyl et ses dérivés déjà connus : sa très faible toxicité a été vérifiée chez les animaux, souris, cobaye, chien, lapin, aussi chez l'homme. Il ne provoque pas d'accidents oculaires.

Son élimination est très rapide dans les premiers jours de son emploi : la moitié au bout d'un jour, les trois quarts en trois jours, et ensuite élimination lente, relevée à l'état de traces

vers le vingt-cinquième jour. Cette rapidité dans l'élimination indique une administration quotidienne du médicament, soit par injections, soit par ingestion. En outre, les doses peuvent êtres fortes, de 10 à 20 centigrammes par jour pour les adultes. La marche de l'élimination indique aussi des cures plutôt courtes, de dix à quinze jours, avec des intervalles de repos de dix jours.

Ce qui est particulièrement digne de remarque, c'est l'excellente tolérance des tissus pour l'*Hectine* : peu ou pas de douleurs après l'injection, pas de tuméfaction ni d'endolorissement de la fesse, même au bout de plusieurs jours. Le traitement peut être continué longtemps sans inconvénient et repris ensuite à de courts intervalles, grâce à cette tolérance des tissus. Cette tolérance est également parfaite avec les solutions arsenico-mercurielles d'Hectargyre.

MM. Balzer et Mouneyrat ont noté, chez tous les malades ainsi traités, une amélioration manifeste et rapide de l'état général : diminution évidente de l'anémie, de l'abattement, bon habitus extérieur des malades, qui engraissaient visiblement. Le traitement semble corriger d'emblée les effets déprimants et cachectisants de la syphilis. Quant aux effets spéciaux sur les manifestations de la syphilis, ils se résument ainsi :

1° *Syphitis secondaire matigne.* — Dans le premier cas qu'ont observé les auteurs, les effets de l'*Hectine* ont été remarquables Malgré les faibles dosages employés par prudence, le malade, anémié et cachectique, se remonta rapidement ; d'autre part, les éruptions, qui avaient résisté au traitement mercuriel par l'huile grise, cessèrent de suppurer, et la cicatrisation fut très prompte sur les tous points. Le succès obtenu entraîna la conviction de tous ceux qui en furent témoins, et démontra à la fois la bonne tolérance du médicament et ses heureux effets sur la syphilis en général et les syphilides ulcéreuses en particulier.

2° *Syphilis secondaire moyenne et forte.* — Ce groupe d'observations concerne des cas de syphilis récente avec éruptions diverses, cutanées et muqueuses. Les résultats ont été toujours satisfaisants : tantôt simple amélioration plus ou moins marquée, tantôt guérison complète des manifestations syphilitiques. On remarque, dans la lecture des observations, la tolérance observée pour des doses fortes et prolongées.

3° *Syphilis tertiaire.* — Les effets de l'Hectine sont excellents dans le traitement des syphilides tertiaires, gommes ulcérées et non ulcérées. Les guérisons ont été obtenues promptement et la tolérance a été parfaite.

4° *Syphitis héréditaire.* — Les résultats ont été tout aussi favorables chez un enfant atteint de syphilis héréditaire tardive.

En somme, l'action de l'*Hectine* a été des plus heureuses dans tous les cas traités, si bien qu'il est rationnel d'admettre qu'elle agit directement sur le tréponème. L'*Hectine* et sa combinaison mercurielle, l'*Hectargyre*, paraissent donc appelées à rendre de réels services *dans ta syphitis, d'une manière générate, et particutièrement dans la syphilis secondaire, dans ta syphilis tertiaire avec gommes ou utcères*, et *dans tes cas rebettes où it devient nécessaire de varier les médications pour les faire totérer pendant les cures très longues.*

En résumé, MM. Balzer et Mouneyrat estiment que la cure hypodermique par l'*Hectine* doit être dirigée de la façon suivante : pour l'adulte, en se servant d'une solution contenant 10 centigr. par cent. cube d'eau distillée, commencer par injecter 10 centigrammes tous les deux jours, les 6 premiers jours, et ensuite 10 ou 20 centigrammes tous les jours.

Arrêt de la cure lorsqu'on a atteint le dosage moyen de 2 à 3 grammes suivant la gravité des cas. Après un repos de dix à quinze jours, on peut reprendre la médication à mêmes doses progressives. Si le traitement était insuffisant, on substituerait à l'*Hectine* sa combinaison mercurielle, l'*Hectargyre.*

Pour les enfants, les doses à injecter peuvent être de 5 à 10 centigr. par jour, et pour les nourrissons de 2 à 5 centigr.

L'*Hectine et t'Hectargyre* s'administrent également par ingestion (de 20 à 30 gouttes par jour). Ces deux produits ont été parfaitement tolérés dans tous les cas traités (syphilis, psoriasis, mycosis, lèpre, etc.).

L'*Hectine* et l' *Hectargyre* se trouvent sous deux formes, *forme Ampoutes* et *forme Goutles.* Deux types d'Ampoules et une forme Gouttes ;

Pour l'**Hectine**:

Hectine, Forme Ampoules A :

Chaque Ampoule de 1 cc. renferme 10 centigrammes d'*Hectine.*

Les six premiers jours, injecter une Ampoule tous les deux jours, ensuite une Ampoule tous les jours.

Hectine, Forme Ampoute B :

Chaque Ampoule de 1 cc. renferme 20 centigrammes d'*Hectine.*

Les six premiers jours, injecter une Ampoule tous les deux jours, ensuite une Ampoule tous les jours.

Hectine, Forme Gouttes :

20 gouttes renferment 5 centigrammes d'*Hectine.*

Les six premiers jours, 20 gouttes par jour, les jours suivants de 40 à 100 gouttes par jour.

Pour l'**Hectargyre**:

Hectargyre, Forme Ampoule A :

Chaquc Ampoule de 1 cc. renferme :

Hectine.................... 10 centigrammes.
Mercure.................... 5 milligrammes.

Les six premiers jours, injecter une Ampoule tous les deux jours, ensuite une Ampoule tous les jours.

Hectargyre, Forme Ampoutes B :

Chaque Ampoule de 1 cc. renferme :

Hectine.................... 20 centigrammes
Mercure.................... 1 centigramme

Les six premiers jours, injecter une Ampoule tous les deux jours, ensuite une Ampoule tous les jours.

Hectargyre, Forme Gouttes :

20 gouttes renferment :

Hectine.................... 5 centigrammes
Mercure.................... 1 milligramme

Les six premiers jours, 20 gouttes par jour, les jours suivants, de 40 à 100 gouttes par jour

Vu les différences considérables de toxicité et d'action thérapeutique que présentent, suivant leur constitution moléculaire, les divers composés arsenicaux employés actuellement en médecine, il est extrêmement important qu'aucun autre dérivé arsenical ne soit substitué à l'*Hectine* et à l'*Hectargyre.*

REVUE DES JOURNAUX

Un procédé simple de traitement des furoncles sans incision.

Aussitôt que le furoncle commence à pointer, ou prend un petit bâtonnet de bois, taillé en pointe, et, après en avoir entouré l'extrémité pointue de coton imbibé d'une solution d'acide phénique à 95 %, on l'enfonce dans le sommet plus ou moins ramolli du furoncle. Cette manœuvre permet au pus de s'échapper, en même temps qu'elle assure la désinfection radicale de la cavité du foyer purulent. Ensuite, sans exercer, comme on le fait ordinairement, des pressions sur le furoncle, on lave la surface cutanée avoisinante avec de l'eau oxygénée ou avec une solution de sublimé à 1 %, et l'on applique sur la région malade, en ayant soin de dépasser assez largement ses limites, un morceau de gaze plié en plusieurs doubles et sur lequel on a, préalablement, étalé une couche de pommade contenant de 5 à 10 % d'acide salicylique.

La plupart du temps, cette intervention suffit pour amener la guérison, et ce n'est que dans les cas où l'on a affaire à un très gros furoncle que la petite opération doit être renouvelée le len-

demain. La pommade doit, du reste, être maintenue sur la région pendant une huitaine de jours. S'il se montre quelques nouveaux furoncles, dus à l'infection des follicules pilo-sébacés, survenus avant que le traitement n'ait été institué, on les traite de la même manière et l'on ne tarde pas à obtenir la guérison complète. (*Sem. méd.*, 23 juin 1909, p. 295.)

Intoxication au cours d'examens coprologiques.

M. Matignon publie dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux* (nº 17) certains faits montrant les inconvénients pouvant résulter d'un examen prolongé des matières fécales, examen qu'on fait de plus en plus minutieux.

Les diarrhées professionnelles, dont celles des égoutiers est le prototype, sont assez connues. Elles sont la manifestation d'une intoxication par les poisons volatils qui se dégagent des égouts. La *diarrhée des étudiants en médecine*, qui s'observait avant que les procédés actuels d'injection et de conservation des cadavres fussent utilisés, était de même nature (elle s'observe d'ailleurs souvent après les autopsies).

Les examens coprologiques peuvent aussi exposer à des phénomènes d'intoxication de même genre. M. Matignon en cite deux cas, bien caractéristiques, observés chez un chimiste de Châtel-Guyon, qui a été intoxiqué deux fois dans la même saison dans des conditions identiques.

A la suite d'un examen laborieux et prolongé des selles d'un sujet atteint de dysenterie avec selles horriblement fétides, ce malade fut pris de douleurs avec selles fétides, même sanguinolentes. Ces accidents durèrent cinq à six jours.

Quelque temps après, ce même sujet fut pris d'accidents analogues après avoir longuement examiné les selles d'un typhoïdique.

M. Bertrand a cité aussi le cas de deux pharmaciens de la marine, qui ont présenté des phénomènes du même genre après avoir essayé d'extraire des ptomaïnes de matières provenant d'un typhique.

Les chimistes devront donc veiller à respirer le moins possible les émanations des bocaux dans lequels seront renfermées les matières à examiner (la hotte est très utile à ce point de vue) et peut-être chercheront-ils des substances susceptibles de fixer ces ptomaïnes volatiles, qui devront jusqu'à nouvel ordre être considérées comme les causes de l'intoxication.

Ainsi que l'a fait remarquer à ce propos M. Brandeis, il est singulier que les vidangeurs ne présentent jamais ces accidents.

De la pré-hépatite.

Il convient de signaler tout de suite la curieuse affection que vient de décrire, sous ce nom, M. le docteur B. Riedel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Iéna ; elle n'a encore, à proprement parler, qu'une histoire clinique, la pathogénie en reste imprécise, et peut-être n'est-elle pas appelée à garder une « personnalité». Mais les faits de ce genre, qui se sont présentés, comme des surprises, à d'autres chirurgiens valent d'être rapprochés.

Il s'agit, en somme, de foyers localisés au-devant du lobe droit du foie, entre ce lobe et la paroi abdominale, et indépendants de la vésicule : ces foyers sont tantôt fibrineux, et représentés simplement par une zone de membranes qui font adhérer le foie à la paroi ; ils sont tantôt purulents. A la suite des cholécystites, des péricholécystites, et des perforations de la vésicule, on observe souvent de pareils amas d'adhérences pré-hépatiques ou des collections suppurées hautes, adjacentes au lobe droit ; mais ici, encore une fois, il n'y a rien de vésiculaire. (*Sem. méd.*, 16 juin 1909, p. 284.)

L'anesthésie du tympan et de la caisse.

Pour la paracentèse du tympan et certaines interventions sur la caisse, le procédé d'anesthésie locale que voici est appliqué depuis quelques mois à la clinique otologique universitaire de Fribourg-en-Brisgau, d'après ce que fait connaître M. le docteur G. Tiefenthal, assistant de M. E. Bloch, professeur extraordinaire d'otologie à la Faculté de médecine de ladite ville.

Tout d'abord on verse dans l'oreille du patient, sur la membrane tympanique, 4 gouttes d'une solution de cocaïne à 20 °/o additionnée d'une goutte d'adrénaline (à 1 °/o) ; on attend un quart d'heure ; de la sorte, on obtient déjà une atténuation de la sensibilité, mais insuffisante. Avec une petite seringue, dont l'aiguille très fine est coudée à angle obtus, on injecte alors dans la caisse, à travers le tympan, de 2 à 4 gouttes d'une solution contenant 2 gouttes d'adrénaline à 1 °/o pour 10 gouttes de solution de cocaïne à 5 ou 10 %. On choisit, pour faire pénétrer l'aiguille, la zone la plus déclive du tympan. Au bout de quelques secondes, la membrane tympanique s'anémie, devient d'un blanc grisâtre, l'anesthésie est à peu près complète, et l'on peut procéder à la paracentèse sans douleur et aussi sans hémorrhagie.

Ce procédé permet d'obtenir l'anesthésie de la muqueuse de la caisse et supprime l'hémorrhagie, toujours si gênante. Chez les enfants et chez les sujets âgés, notre confrère recommande de n'employer que la solution de cocaïne à 5 °/o.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 juin 1909.

De l'influence du temps sur l'activité antivirulente des humeurs des animaux vaccinés et de l'immunité relative des tissus. — M. *L. Camus*, dont les recherches antérieures ont déjà montré que les liquides de l'organisme vacciné détruisent très inégalement le virus-vaccin, a recherché si, sous l'influence du temps, les échanges nutritifs ne modifient pas ces différences et ne déterminent pas une répartition plus uniforme de la substance bactéricide.

En expérimentant sur la peau et la cornée des lapins, il a constaté que l'état bactéricide des humeurs ne s'égalise pas avec le temps ; celles qui sont très bactéricides après la vaccination peuvent conserver cette propriété. *L'immunité humorale semble conditionner l'immunité des tissus* ; ceux-ci sont d'autant plus réactifs pour le virus que l'humeur qui les baigne est moins bactéricide. Si on modifie l'ambiance d'un organe en faisant agir sur lui un sérum très bactéricide, il acquiert une immunité passive à laquelle ne participe pas le reste de l'organisme.

Le rhume des foins. — M. P. *Bonnier* considère que, dans la détermination des crises du rhume des foins, le pollen des graminées ne joue qu'un rôle très accessoire et très limité. Physiologiquement ce rhume est constitué par une exaltation paroxystique des sécrétions muqueuses causées par des excitations généralement légères mais, pour ainsi dire, idiosyncrasiques. Ainsi certains individus, insensibles à l'action du pollen des graminés se montrent sensibles à celles du mimosa, du muguet ou de l'ipéca, à celle de la poudre de riz, ou à certaines odeurs, à certains éclairages, à l'orientation du vent, etc... La diathèse ainsi constituée semble souvent n'être qu'une manifestation de la diathèse neuro-arthritique ; elle n'est en réalité qu'une diathèse à côté d'autres diathèses dans un bulbe déséquilibré.

L'expérience montre que notre pharmacopée est impuissante à régler ces écarts diathésiques. En revanche, tout ce qui émousse l'exaspération périphérique du trijumeau, acide carbonique, adrénaline, soulage momentanément le malade.

Si l'on explore, chez un malade en crise, la muqueuse nasale, l'attouchement de certains points définis fait immédiatement éclater une crise. *La cautérisation aussi superficielle et légère que possible* de ces points a généralement pour effet de rompre la susceptibilité réflexe de la muqueuse et de rendre définitivement aux centres bulbaires leur équilibre fonctionnel. L'effet peut être immédiat, si l'on évite l'irritation nasale qui se produit par les cautérisations trop fortes, ce qui a été la cause de tant d'échecs par cette méthode, qui est cependant la plus rationnelle et la plus efficace.

Les oxydases des eaux de la Chaldette (Lozère). — M. *F. Garrigou* a constaté que dans les eaux de la Chaldette il existe des composés colloïdaux dont la calcination permet de déceler un certain nombre de métalloïdes et de métaux L'existence de ces derniers à l'état colloïdal permet d'expliquer, d'après les expériences de Trilliat, Lumière, Albert Robin, Bardet., les diu-

rèses intenses et les débâcles intestinales provoquées chez certains malades fréquentant cette station. (1) Mme PHISALIX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1909.

Etat sanitaire comparé des armées allemande et française de l'intérieur en 1902-1906. — M. *Lowenthal,* comparant à ce sujet les statistiques allemande et française. donne les chiffres suivants :

Total des décès pour l'armée allemande, 5.269 ; pour l'armée française, 8.814. Ce sont les décès par maladie qui chargent la statistique française (7.578 contre 3.400 en Allemagne). Les décès par accident atteignent un chiffre à peu près égal (790 contre 743 en Allemagne). Par contre, les morts par suicide sont beaucoup plus nombreux en Allemagne (1117 pour 446 en France).

Si on étudie la morbidité, il est deux maladies en particulier dont il importe de mettre en évidence la fréquence dans l'un et l'autre pays : la *fièvre typhoïde,* dont on relève 11.061 cas en France, 2.093 en Allemagne, et la tuberculose : 17.0.9 cas en France, 5.151 en Allemagne.

L'état sanitaire est donc relativement mauvais dans l'armée française ; le surpeuplement des casernements, l'incorporation en excès de sujets faibles et de non-valeurs en sont les deux facteurs principaux. Le remède est facile à déduire.

Rapport. — M. *Balzer* donne lecture d'un rapport sur les missions des stagiaires aux *Eaux minérales*.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1909.

Rétrécissements du rectum. — M. *Quénu.* — L'examen histologique de la pièce que je vous présente et qui, bien que chose banale, présente cet intérêt que l'observation en a été prise très complètement, montre que l'épithélium est disparu complètement. En effet, la rectite est, dans cette affection, la chose principale. Aussi si dans des rétrécissements cicatriciels, l'électrolyse peut suffire, il n'en est pas de même dans le rétrécissement vrai du rectum. Ici l'exclusion du rectum me semble absolument indispensable. Ma malade est morte de broncho-pneumonie. Nous avons recherché dans la pièce des éléments de tuberculose. Mais on n'a trouvé que des lésions purement inflammatoires.

M. *Reynier.* — J'ai eu l'occasion d'intervenir avec Chifoliau dans un rétrécissement du rectum. Je crus pouvoir enlever aisément ce rétrécissement qui me paraissait limité. Mais nous trouvâmes le rectum entouré de masses graisseuses et ganglionnaires qui rendirent l'extirpation très difficile. Ce qui faisait en réalité le rétrécissement c'étaient ces masses périphériques. Aussi en pareil cas, il est certain que les opérations qui s'attaquent directement au rétrécissement ne peuvent pas donner grands résultats.

La fulguration dans le cancer. — M. *Pauchet.* — J'ai pratiqué 35 fulgurations dans des cas divers. Dans un cas une malade fulgurée sans opération a fait une ascension thermique considérable. En outre, les malades, après les fulgurations prolongées ont une dépression certaine. Dans certains cas la fulguration a un résultat nul. Dans d'autres même, la fulguration paraît exagérer la rapidité de la marche du cancer.

D'autre part, dans un cas de cancer que j'avais refusé d'opérer peu avant, je fulgurai et la malade guérit et n'a pas encore récidivé. Dans un cas de cancer végétant de l'ovaire, ayant envahi l'épiploon, la plaie se cicatrisa complètement contrairement à toute attente.

Dans un cas de carcinose pelvienne d'origine prostatique, j'ai également obtenu des résultats très satisfaisants.

Donc, si je ne crois pas à l'influence nette de la fulguration sur le cancer, je pense néanmoins qu'elle provoque une hyperleucocytose évidente, constitue une médication palliative en supprimant les hémorragies et en diminuant les douleurs. Il ne faudrait donc pas l'abandonner complètement.

M. *Souligoux.* — J'ai déjà vu des cas de cancers de l'épiploon ou de l'ovaire ayant envahi l'épiploon qui ont parfaitement guéri sans que les bourgeons cancéreux soient venus envahir la plaie. Il ne faudrait donc pas attribuer cela à la fulguration.

M. *Routier.* — J'ai opéré récemment une malade atteinte d'occlusion, dont le ventre était rempli de bourgeons cancéreux. J'enlevai ces masses comme je pus, et refermai hâtivement et tout s'est parfaitement bien terminé ; si j'avais fulguré, j'aurais attribué cela à la fulguration.

MM. *Tuffier* et *Quénu* disent avoir vu, eux aussi, des cas analogues.

M. *Nélaton.* — Le cas de cancer du rectum dans lequel j'avais assisté à une repullulation rapide du cancer, avait m'a-t-on reproché, été insuffisamment opéré. Les fulgurateurs disent maintenant que la totalité du cancer doit être enlevée pour que les résultats soient bons. Ce n'était pas l'opinion ancienne. Il en résulte que maintenant les cas à fulgurer sont ceux même que nous opérions autrefois et dès lors je ne vois plus beaucoup quel bénéfice nous peut procurer cette manière de faire. On ne peut plus dire qu'elle ait reculé la limite de l'opérabilité.

Fracture par disjonction du maxillaire supérieur. — M. *Ferraton.* — Nous avons observé l'an dernier deux cas de fractures du maxillaire supérieur dans lesquelles le maxillaire était complètement détaché de ses attaches osseuses comme lorsqu'on cherche à l'extirper en médecine opératoire.

Dans les deux cas il s'agissait de fractures consécutives à des coups de pied de cheval.

Cette fracture exige, pour se produire, un choc très violent portant obliquement sur un seul des os maxillaires et sur sa partie inférieure, près des arcades dentaires.

Après consolidation, dans ces cas on peut voir un rétrécissement du canal lacrymal.

Le diagnostic est évident dans ces fractures. La réduction de la déformation se fait aisément surtout sous anesthésie. Mais la déformation se reproduit aussitôt si on ne place pas un appareil de contention,

Présentation de malades. — M. *Wickham* présente plusieurs enfants atteints d'angiomes cutanés et sous-cutanés, traités par le radium et tous améliorés ou guéris.

M. *Chaput* présente un malade auquel il a fait une anastomose intestinale par son procédé de suture alternante qui lui donne les meilleurs résultats.

M. *Morestin* présente :

1° Une malade opérée par lui d'un enchondrome de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ;

2° Un malade opéré d'un rétrécissement du naso-pharynx.

CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin.

Pyopneumothorax métapneumonique suivi de vomique, traité par le collargol et guéri. — M. *Galliard* rapporte ce cas. Injection intraveineuse et intrapleurale de collargol (10 c. c. de la solution à 1 %). Chute immédiate de la température, amélioration de l'état général, réapparition du murmure vésiculaire et

(1) Que notre savante et trop modeste collaboratrice nous permette de compléter son compte rendu par la note suivante que nous empruntons au *Temps* :

Le venin des serpents et des salamandres. — M. Edmond PERRIER présente au nom de Mme PHISALIX une note relative au mécanisme de l'immunité que possèdent les serpents vis-à-vis du venin des batraciens, vis-à-vis de celui de la salamandre terrestre en particulier.

Il résulte des minutieuses recherches de Mme Phisalix que c'est le venin lui-même contenu dans les glandes et le sang des vipères et des couleuvres qui les protège, et qui peut même, étant mélangé à la salamandrine, protéger les animaux sensibles, comme le cobaye, contre les effets convulsivants et mortels de cette substance. C'est à l'antagonisme physiologique entre l'échidno-toxine, substance paralysante du venin et du sang de vipère, et la salamandrine, substance convulsivante du venin laiteux de salamandre, que les serpents doivent leur immunité et non à une neutralisation chimique du poison.

La salamandrine qui, sous beaucoup de rapports, se rapproche de la strychnine, est, quant à son action sur le venin de vipère, tout à fait comparable à cette dernière, qui a été préconisée et appliquée en Australie par Mueller (1888) pour combattre les accidents paralytiques auxquels les morsures de serpents doivent leur gravité.

guérison complète. L'examen local et la radioscopie permettent d'éliminer la tuberculose.

Tétanos subaigu traité par les injections de sérum. Guérison. — MM. *Martin* et *Darré.* — Tétanos subaigu chez un enfant de 8 ans, sérum antitétanique en injections intraveineuses, puis sous-cutanées, amélioration rapide suivi de reprise des symptômes dès qu'on supprimait l'emploi du sérum. Une bronchopneumonie concomitante fut traitée et guérie par les bains chauds.

Artériosclérose généralisée de l'artère pulmonaire. — MM. *Loubez* et *Parvu* ont fait une communication intéressante sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

Séance du 11 juin 1909

M. Wetterwald, à l'occasion d'une étude sur l'appendicite et les états similaires parus dans une Revue viennoise (*Wiener klin. Wochenschrift*, n° 11) sous la signature du *Dr Profanter*, rappelle que les « points nerveux » dont il est tant question en Allemagne ont été signalés en 1891 par le Suédois Josephson (Etude sur la méthode de Brandt, citée par Stapfer, sous le nom de « cellulite de la paroi abdominale » ; en 1897, par Stapfer (Traité de kinésithérapie gynécologique), qui a étudié principalement la cellulite gynécologique ; en 1903 et 1909, par Wetterwald, sous la dénomination de « névralgies du tissu cellulaire » et « présclérose organique » (Communications aux Congrès de Physiothérapie de 1908 et 1909). Le diagnostic se fait par le palper-massage et la malaxation, qui constituent également le meilleur traitement. La confusion est souvent faite avec des affections profondes (annexites, appendicites, colites.)

Profanter insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel entre l'appendicite, la pseudo appendicite (points nerveux, névralgies du tissu cellulaire) et les annexites. L'erreur est fréquente ; dans 10 % des appendicectomies, l'organe est absolument sain (statistique d'Orth et Ascheff). Il n'y a pas lieu d'attacher une importance excessive au point de Mac Burney, car l'appendice se trouve assez rarement correspondre à ce point douloureux ; Brandsby, sur 100 femmes opérées, l'a trouvé 61 fois dans le bassin : par contre les annexes peuvent être élevées (congestion pré ou post-menstruelle ; grossesse, tumeurs ; ligament de Zreitz, Clado, Durand.)

Chez les sujets qui présentent des névralgies périphériques, on peut (Wetterwald) provoquer à volonté la douleur au point de Marc-Burney : il suffit de comprimer les tissus superficiels obliquement contre la paroi du bassin ou contre la colonne vertébrale.

En résumé, le diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'annexite droite est souvent des plus épineux, et dans bien des cas, suivant le mot de Bouilly, « ne peut se fonder que sur des nuances. »

Discussion

M. Kouindjy rappelle qu'il a cité dans sa thèse le cas d'une malade opérée une première fois pour appendicite, et, les mêmes douleurs persistant, une deuxième fois pour annexite.

M. Rousseau estime que la plupart du temps, le diagnostic différentiel est impossible, avant l'opération, entre l'annexite et l'appendicite.

M. Stapfer. — Profanter a bien raison de dire que la méthode d'exploration gynécologique que Brandt a systématisée est le procédé le moins infidèle pour faire le diagnostic d'une affection abdomino-pelvienne. Si ceux même qui la pratiquent habituellement hésitent et se trompent, que peuvent être un examen hâtif et la conclusion de cet examen sans les précautions dont s'entourait Brandt ?

MM. Rosenblith et Tschudnoswky rapportent des faits d'observation personnelle.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 24 juin 1909

De l'influence des ovaires sur l'état anatomique de la vulve. — M. le Dr *Jayle* fait une communication d'ordre général d'après laquelle l'état de la vulve est en rapport avec l'état des ovaires. Dans toutes les lésions scléreuses de la vulve, il importe de rechercher dans quel état sont les ovaires au point de vue physiologique et anatomique. Nombre de lésions vulvaires regardées comme locales, primitives, sont, en fait, des lésions secondaires à des lésions ovariennes. Cette étude vient corroborer toutes celles que le Dr Jayle a entreprises depuis près de vingt ans sur l'importance de l'ovaire.

L'organe principal de l'appareil génital de la femme n'est pas l'utérus, mais bien l'ovaire, et l'antique adage *tota mulier in utero* devrait être remplacé par le nouvel adage; *tota mulier in ovario.*

Lithiase rénale double ; volumineux calcul du rein gauche enlevé par néphrotomie. — M. *Georges Luys* présente un volumineux calcul du rein gauche, extrait par néphrotomie, chez une femme atteinte de lithiase rénale bilatérale et qui présentait de plus un phlegmon périnéphrétique du côté droit. Le calcul avait été reconnu par la radiographie.

Les opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright. — M. *René Gaultier* présente son ouvrage sur ce sujet et indique dans ses grandes lignes la théorie des opsonines et de la thérapeutique opsonisante de Wright.

Un cas d'acné rose guérie par la méthode kinési-diététique. — Le Dr *Jacquet* présente un malade qui a été parfaitement guéri en deux mois par l'association du massage de la face et d'une bonne hygiène alimentaire.

Pseudo méningite chez une hystérique de souche tuberculeuse. Guérison par psychothérapie. — M. *Jean Masbrenier* (de Melun) rapporte une observation d'accidents méningés qui parurent d'abord être d'origine tuberculeuse, et qui n'étaient en réalité que des accidents névropathiques qui guérirent par la psychothérapie.

M. **Pochon** a eu l'occasion d'observer des faits du même genre, et se demande si l'on ne doit pas expliquer ainsi la plupart des cas de prétendue guérison de méningite.

Conférence. Un voyage chirurgical aux Etats-Unis, à l'occasion du centenaire de l'ovariotomie. — M. le professeur *Pozzi* a parlé successivement du milieu dans lequel exerce le chirurgien, et du chirurgien même aux Etats Unis. Il a montré d'abord tout ce qu'il y a de différent et de supérieur souvent dans leur organisation hospitalière comparée à la nôtre. Les hôpitaux sont parfaitement adaptés au but poursuivi ; leur ventilation est idéale, l'alimentation plus soignée, les water-closets confortables. De grandes précautions sont prises contre le bruit et contre l'incendie. Les salles d'opérations sont fort grandes, parfois très luxueuses. D'autre part. l'autonomie des hôpitaux, leurs comités de dames patronesses permettent une organisation meilleure, une rapidité plus grande dans les améliorations à apporter, des dons plus considérables et un usage plus judicieux des revenus qui leur sont affectés. Leurs nurses sont mieux traitées, mieux payées, mieux considérées.

Quant aux chirurgiens, M. le professeur Pozzi a été frappé de leur audace et de leur habileté. Sans doute, il en est qui n'ont pas une instruction suffisante, car les études peuvent être faites et les diplômes accordés encore plus rapidement que chez nous; sans doute, leurs nominations qui, se font au choix, laissent encore plus de place aux injustices que nos concours, même avec leurs défauts sans doute. Il est chez eux des charlatans dont les promesses dépassent en imagination tout ce que notre vieux continent a pu trouver. Mais ils ont des chirurgiens de grande valeur.

Et, comme type, l'orateur, en terminant, montre comment les deux frères Hayo, opérateurs de premier ordre, ont su faire en vingt ans, d'une petite bourgade inconnue, par leur probité et leurs succès opératoires, le centre chirurgical le plus important du monde entier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 25 juin 1909.

A propos de la colpotomie. — M. *Péraire.* — La colpotomie dans les suppurations pelviennes est dangereuse, inutile, insuffi-

sante et aveugle. Elle crée les plus grandes difficultés au chirurgien pour les opérations ultérieures. Ses dangers viennent de l'oblitération prématurée de l'incision vaginale, de la possibilité de n'ouvrir qu'une poche et d'en laisser d'autres, de l'accident de perforation de la vessie ou de l'uretère, de l'intestin grêle ou du rectum, ou encore de blessure de l'artère utérine. Son insuffisance découle du soulagement éphémère apporté aux malades exposées à des récidives, à des retours inflammatoires de leurs lésions. La colpotomie ne peut avoir qu'un rôle palliatif. La laparotomie est la seule méthode de choix.

M. **Ozenne**. — La colpotomie a des indications manifestes. L'auteur est resté fidèle à la colpo-cœliotomie. En présence d'une collection pelvienne suppurée, aigüe ou chronique, accessible par le vagin, on doit, à de rares exceptions près, évacuer la collection par une incision et non par la ponction qui peut être dangereuse. Si l'opération n'est pas suivie de guérison, on aura recours à une intervention plus radicale.

A propos des déviations osseuses dans les tumeurs blanches. — M. **Judet** a observé chez un enfant de 6 ans un cas de tumeur blanche du genou (guérie avec l'intégralité des mouvements), présentant un allongement de 3 cm. 5 dépendant du fémur ; dans un autre cas, chez un sujet de 19 ans, en même temps qu'un allongement de 3 cm. il y avait un épaississement transversal des condyles fémoraux et tibiaux atteignant 7 cm. 5. L'auteur pense que ces phénomènes d'accroissement osseux sont l'apanage des tuberculoses relativement bénignes. Il montre une série de radiographies représentant les diverses étapes des lésions osseuses hypertrophiques qui se produisent à la suite de l'attitude vicieuse en flexion. Il préconise, pour éviter toutes ces malformations, un grand appareil plâtré circulaire remontant jusqu'au bassin et descendant jusqu'aux orteils. Une fenêtre antérieure permet la surveillance et la compression.

M. **Cathelin** relate une observation d'abcès chaud du rein. Division des urines. Néphrectomie primitive. Guérison.

M. **Bonneau** relate une observation d'abcès chaud du rein, compliqué de phlegmon périnéphrétique et pleurésie purulente enkystée, de nature entérococcique. Néphrectomie. Guérison.

Péritonite et occlusion intestinale par gangrène de l'appendice sans obstacle mécanique. — M. **Peraire** présente une *observation d'occlusion intestinale produite par une appendicite perforante gangréneuse*, avec présence de deux litres et demi de pus dans l'abdomen. Il montre en même temps les débris sphacélés de l'appendicite. L'opération a consisté en une simple laparotomie avec drainage sans recherche de la cause de l'occlusion. Cette occlusion datait de huit jours ; l'état de la malade était désespéré. M. Péraire insiste sur le mécanisme de l'occlusion qui, dans ce cas, n'a pas été le fait d'un obstacle mécanique, mais de phénomènes d'ordre paralytique produits par action réflexe très vraisemblablement. La malade est actuellement complètement guérie.

M. **Dupuy de Frenelle** présente des radiographies de *fracture oblique du fémur* qu'il a traitée par la méthode ambulatoire. Ces radiographies prises avant et après la marche dans l'appareil prouvent que celle-ci n'a provoqué aucun déplacement des fragments.

M. **Dupuy de Frenelle** présente son appareil pour le traitement des fractures de l'avant-bras, appliqué sur une malade atteinte de fracture du cubitus. Cet appareil laisse libre les mouvements du coude et du poignet, permet le massage de l'avant-bras, et la surveillance direct du trait de fracture. Il règle méthodiquement le degré de supination qui correspond à la correction la meilleure du déplacement des fragments.

M. **Dupuy de Frenelle** présente un os proprium sustentaculum tali qu'il a retiré du talon d'une jeune fille myxœdémateuse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du 17 juin 1909.

M. **E.-J. Durand** présente un *tube à rayons X* de modèle spécial, très étroit, présentant 16 millimètres de diamètre, et complètement isolé. Ce tube a été construit pour radiothérapie des affections rectales ; mais l'auteur estime qu'on pourrait en faire de plus étroits encore pour le traitement d'autres organes.

M. **Bonnefoy** (de Cannes) rapporte un certain nombre d'observations de *névralgies et névrites traitées par les courants de haute fréquence* et qui confirment les résultats qu'il a rapportés l'année dernière à la Société. Dans les cas (et ce sont les plus nombreux) où ces affections sont liées à la diathèse arthritique, le traitement de cette diathèse par les applications générales sous forme de lit condensateur suffit à amener la guérison sans traitement local. L'A. cite même un cas de sclérodermie consécutive à un zona de la face avec douleurs intolérables qui guérit en 15 jours par séances biquotidiennes. Ces mêmes courants agissent également dans les troubles de la circulation lymphatique et il rapporte le cas d'une tuméfaction du sein prise pour un néoplasme qui guérit par ce procédé. L'A. souhaite que, de même que dans les hôpitaux anglais, il y ait en France, dans chaque hôpital, un service d'électrothérapie, en raison de la grande utilité du lit condensateur de haute fréquence dans les troubles de la circulation sanguine et lymphatique.

M. **Malmejac** décrit sa méthode de *traitement des aortites chroniques par la haute fréquence*. Cette méthode consiste à agir *loco dolenti* au lieu d'employer le grand solénoïde ou le lit condensateur.

Les résultats obtenus, surtout dans les aortites d'origine syphilitique ou arthritique, sont parfaits au point de vue fonctionnel. Les signes physiques eux-mêmes diminuent d'intensité.

M. **Bellemanière** rappelle qu'il a communiqué à la Société, il y a deux ans, les résultats très favorables obtenus par lui chez un aortique, à l'aide des courants de haute fréquence en application générale, sans traitement local, résultats confirmés par ce fait que, l'année dernière, le malade dut subir une opération à la suite d'un accident d'automobile et qu'il supporta très bien le chloroforme.

Il lui fallut cependant reprendre ensuite quelques séances avec le lit condensateur.

Aujourd'hui, le malade n'a plus recours au traitement qu'à de longs intervalles, de son propre mouvement et en particulier quand la température baisse et détermine de la vaso-constriction périphérique.

L'application avec le lit condensateur est préférable à l'effluvation quand l'aortite évolue sur terrain arthritique.

M. **Laquerrière**, d'après son expérience personnelle, estime que le traitement général dans l'aortite est surtout utile quand il y a en même temps des troubles circulatoires périphériques. Au contraire, quand il s'agit d'une aortite bien localisée sans autre lésion vasculaire, il pense que le traitement général n'a que peu d'action et qu'il faut recourir soit à la galvanisation à haute dose antéro-postérieure du thorax, soit à la révulsion (par exemple, érythème produit par les lampes à rayons chimiques), soit au procédé de M. Malmejac.

M. **Delherm** estime que dans les névrites et névralgies, si le traitement général est excellent, il est nécessaire en beaucoup de cas pour activer la guérison de faire un traitement local. D'autre part, ces affections n'ont pas une étiologie unique et il est parfois difficile de dire à un premier examen quelle cause il faut combattre et par conséquent quelle sera la médication utile.

M. **Durand**, à ce propos, fait remarquer que souvent les malades qui se trouvent bien de la statique n'ont aucun bénéfice de la haute fréquence, tandis qu'inversement certains malades justiciables de la haute fréquence sont agités, perdent le sommeil etc., sous l'influence de la statique. Il estime qu'on se sert en général de machine statique trop puissante.

M. **Laquerrière** observe qu'Apostoli avait déjà signalé l'intolérance de certains sujets pour la statique. Il estime que, dans l'électrothérapie française, où on utilise les courants de haute fréquence contre l'arthritisme et les troubles circulatoires, il n'y a pas lieu d'utiliser des machines puissantes : les machines statiques faibles ont une action élective sur le nervosisme de certains névropathes. En Amérique, on utilise des machines très puissantes parce qu'on leur demande les effets que nous recherchons par la haute fréquence et on semble laisser de côté le traitement par ce procédé des névropathes.

M. **Bonnefoy** signale le gros intérêt que présentent les observations de traitement d'affection organique du cœur ou de l'aorte par les applications de haute fréquence. Il avait été le premier

à en signaler et ses premières communications ont été accueillies par des critiques, mais des faits nombreux sont venus depuis montrer le bien fondé de ses affirmations premières.

Un de ses clients a vu un médecin de Paris qui lui a interdit la haute fréquence parce que ce traitement « occasionnait la mort chez les cardiaques ».

Aucun membre de la Société ne connaît un cas de mort ni aggravation d'un état cardiaque par des applications générales de haute fréquence. Aussi vote-t-on l'ordre du jour suivant : « Au cas où il viendrait à la connaissance d'un membre de la Société qu'un confrère a parlé des dangers des applications de haute fréquence dans les affections cardiaques, le secrétaire général prévenu ferait une enquête auprès du confrère pour savoir sur quels faits cliniques il a basé son opinion ».

ANALYSES

Recherches biologiques sur le cancer de l'estomac; par Spiro Livierato. (*Gaz. degli Ospedali*, 18 mars 1909.)

Le diagnostic du cancer de l'estomac est très souvent hérissé des plus grandes difficultés, aucun signe ne lui est propre ; et si le travail de Livierato reçoit confirmation, la recherche que propose l'auteur pourra rendre de grands services en clinique. D'après lui, le suc gastrique obtenu par tubage ou simplement par vomissement, est capable de donner la réaction de Wassermann. Le suc gastrique, neutralisé au préalable, doit être rendu aseptique par filtration sur bougie, et isotonique ; ce sera l'anticorps de la réaction ; l'antigène sera fourni par l'extrait dans du sérum physiologique d'un cancer viscéral quelconque. L'auteur a employé dans ses expériences tantôt un cancer du sein, tantôt un sarcome du cuir chevelu. La technique de fixation de l'alexine, de l'absence d'hémolyse, etc.. ne présente aucune autre particularité. Les résultats obtenus dans huit cas ont été des plus nets, et vérifiés ultérieurement par l'autopsie. F. R.

Traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par les injections intraveineuses de fluorure de sodium; par M. Gil y Casarès. (*Revista de med. y cirugia praticas*, 28 avril 1909.)

L'injection doit se pratiquer lentement, avec arrêts de temps à autre, à la dose de sept centigrammes de fluorure de sodium, dissous dans 2 cc. du sérum physiologique à 8,50 0/00. Elle doit être répétée tous les jours pendant une huitaine de jours, avec suspension d'une dizaine de jours, puis reprise dans les mêmes conditions, durant une période qui peut varier de plusieurs mois à un an.

Sous l'influence de ces injections, on note les résultats thérapeutiques suivants : augmentation de l'appétit et du poids ; diminution de la toux et de l'expectoration ; suppression de toute hémoptysie ; disparition de la température dans beaucoup de cas. Il est bien entendu que pendant toute la durée du traitement, le malade doit se conformer à toutes les règles d'hygiène et de diététique habituelles. F. R.

Le pouls lent permanent; par Esmein. (*Th. doct.*, Paris, 1908.)

Le pouls lent est une des affections qui a le plus profité des dernières découvertes de la physiologie du cœur. His, complétant les recherches antérieures de Paladino, de Gaskell et de Stanley Kent, décrivit un faisceau musculaire qui part de la paroi postérieure de l'oreillette droite, se dirige en bas et en avant, traverse le septum interventriculaire, et se bifurque en deux faisceaux secondaires, l'un pour le ventricule droit, l'autre pour le ventricule gauche. Cette formation transmet l'incitation contractile de l'oreillette aux deux ventricules ; sa section provoque un arrêt momentané de la systole ventriculaire, les oreillettes continuant à battre rythmiquement pour leur propre compte ; puis les ventricules se remettent à se contracter, mais sur un rythme indépendant et d'ordinaire très lent. C'est le phénomène de l'Hertzblock. Voilà la reproduction expérimentale du pouls lent, la démonstration de son origine myogène. Cependant, plus récemment, Tawora a décrit un abondant feutrage de fibrilles nerveuses qui font partie intégrante du faisceau, et qui se continueraient avec les fibres de Parkinje. Pour lui, la cause du pouls lent serait dans la destruction de ces fibrilles, plutôt que dans celle du faisceau musculaire.

Toutefois le pouls lent peut se produire à la suite d'une excitation lésionnelle du pneumogastrique, soit à son origine bulbaire, soit le long de son trajet. Mais Héring a démontré qu'il s'agit toujours, dans ce cas-là, d'un pouls lent transitoire ou paroxystique. Cliniquement, l'injection d'un ou deux milligrammes d'atropine permet de faire la différenciation : l'atropine supprime le pouls lent consécutif à une lésion du vague et n'influence pas celui qui est dû à la destruction du faisceau de His.

Une autre découverte, purement clinique celle-là, et que mettent bien en relief Vaquez et Esmein, c'est la nature syphilitique de beaucoup de pouls lents permanents. Un traitement mercuriel intensif et précoce guérit rapidement un pouls lent (Ramond et Lévy-Brühl). Les lésions que l'on peut en outre rencontrer sont assez variables : kyste hydatique, tumeurs diverses, athérome ou ossification de la région, etc. F. R.

La méthode de Bier dans les suppurations otitiques et mastoïdiennes; par le Dr Paul Albert. (Travail du service de M. le professeur Lermoyez.)

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

I.— La méthode de Bier, sous ses différentes formes, peut être appliquée au traitement des affections suppurées de l'oreille et de la mastoïde : l'hyperémie active, produite par la chaleur, a une influence curative et sédative incontestée ; l'hyperémie passive, obtenue par la bande, ou par la ventouse, donne encore lieu à de fréquentes discussions.

II. — *Hyperémie par la bande.*— La bande appliquée au niveau du cou provoque une stase veineuse de toute l'extrémité céphalique et, plus particulièrement, de l'oreille et de la mastoïde : les otites moyennes aiguës suppurées, les mastoïdites et les otites suppurées chroniques peuvent être influencées par cette hyperémie physiologique.

1° Les otites moyennes aiguës suppurées, traitées par la bande, guérissent dans la majorité des cas, mais la méthode des pansements secs aseptiques permet d'arriver aux mêmes résultats en un temps tout aussi court.

2° Les mastoïdites sont influencées par la bande, comme le prouve l'atténuation ou la disparition rapide des phénomènes douloureux ; mais l'application de cette méthode peut être dangereuse, surtout entre des mains inexpérimentées, car, en faisant négliger une opération nécessaire, elle expose aux pires accidents.

Dans les otites à streptocoques et chez les artério-scléreux, toute tentative de stase doit être rejetée.

3° Les otites moyennes suppurées chroniques compliquées d'ostéites, de séquestres ou de cholestéotones ne doivent pas être soumises à la stase. Les otites chroniques simples sont du ressort de la thérapeutique ordinaire.

III.— *Hyperémie par les ventouses.*— Les ventouses, appliquées sur l'oreille, provoquent une hyperémie localisée et l'évacuation des sécrétions de la caisse et de la mastoïde ;

1° Les furoncles du conduit sont influencés favorablement par l'aspiration, et les phénomènes douloureux qui les accompagnent disparaissent rapidement.

2° Les otites moyennes aiguës suppurées traitées par l'aspiration guérissent dans des limites de temps aussi courtes que par la méthode des pansements secs aseptiques, mais la durée très longue de chaque séance d'aspiration rend cette méthode peu applicable dans la pratique hospitalière.

3° Les mastoïdites ne sauraient être soumises au traitement par les ventouses : tout au plus pourrait-on essayer cette méthode pour activer la cicatrisation des plaies post-opératoires.

La méthode de Stenger est une complication inutile de la trépanation classique : elle doit être abandonnée.

4° Les otites moyennes suppurées chroniques simples semblent être influencées favorablement par l'aspiration, surtout lorsqu'il existe une large perforation tympanique. H. B.

BIBLIOGRAPHIE

L'asthme; par le Dr Moncorgé, 1 vol. in-8° (Vigot édit. Paris 1909.)

Il n'y a pas de cause univoque de l'asthme ; mais tout peut le conditionner ; il faut faire une part prépondérante cependant à

l'infection, à l'intoxication, à l'auto-intoxication surtout ; et dans l'auto-intoxication, l'auteur range au premier rang l'arthritisme; la tuberculose revendique son asthme peut-être plus que toute autre infection.

L'asthme, n'ayant pas de cause unique, ne saurait avoir un seul traitement. La médication doit donc être avant tout causale ; et le diagnostic étiologique bien établi, tout asthme bien traité doit guérir. X.

Etudes anatomo-cliniques (cœur, vaisseaux, poumons); par le Dr Tripier, 1 vol. in-8° avec figures. (Steinheil, édit., Paris, 1909.)

C'est l'exposé de son observation personnelle que nous donne le Dr Tripier, nous ne pouvons analyser dans le détail cet important travail. Voici les différents chapitres : l'endocardite ; l'aortite syphilitique ; l'athérome de la valvule mitrale ; l'artériosclérose ; l'hypertrophie du poumon ; symphyse de la plèvre ; rapports entre les principales affections du cœur et du poumon ; lésions initiales de la tuberculose du poumon ; leur curabilité en temps opportun. X

Les agents physiques ; par les Drs Martinet, Mougeot, Desfosse, Durey, Ducrocquet, Delherm, Dominici, 1 vol. in-8° avec figures. (Masson, édit., Paris, 1909.)

Nous assistons maintenant à une véritable renaissance de la physiothérapie, si utile en maintes circonstances, Il n'est donc pas permis d'en ignorer les méthodes essentielles, telles que l'hydrothérapie. la climatothérapie, la crénothéraphie, la thermothérapie, la kinésithérapie, l'électrothérapie, la radiumthérapie, qui constituent autant de chapitres rédigés par des spécialistes dont la compétence est universellement réputée. X.

Histoire critique de l'hystérie ; par M. U. Cesbron. (*Thèse de Paris*, 1909, chez Asselin et Houzeau).

L'auteur réunit dans la *première partie* de son travail toutes les doctrines émises sur l'hystérie depuis l'antiquité jusqu'aux temps modernes. Il a fait, en analysant les grandes épidémies d'hystérie, une copieuse moisson d'observations dont l'exposé constitue la *seconde partie* de sa thèse.

Dans une *troisième partie* il étudie l'œuvre énorme accomplie par Charcot et l'école de la Salpêtrière, comment la doctrine du maître régna sur toute la neurologie jusqu'au jour où les travaux de MM. Bernheim et Babinski en vinrent ébranler les premiers fondements.

Expliquant ensuite comment une suggestion médicale ait pu durer aussi longtemps, M. Cesbron en explique les motifs en analysant l'état mental des hystériques. C'est, au surplus, la tendance actuelle de certains médecins de faire de l'hystérie une maladie mentale, et il indique l'évolution vers laquelle s'acheminent les recherches les plus récentes.

Il place en cet endroit une étude spéciale de l'*hypnotisme*, qui, après avoir été si longtemps séparé de l hystérie, semble à présent s'en rapprocher si intimement.

Que reste-t-il de l'hystérie ? Comment-doit-on la concevoir, quelle définition en faut-il donner, sous quel vocable convient-il de la dénommer ?

Pour répondre à ces questions, l'auteur, s'abritant derrière l'autorité de M. Babinski, expose aussi complètement que possible les idées de celui-ci dans la *quatrième partie* de son travail.

Atlas d'Anatomie pathologique chirurgicale urinaire ; par le docteur F. Cathelin. (Paulin et Cie, éditeurs).

L'ouvrage du docteur Cathelin est, comme l indique son titre, un véritable atlas dans lequel l'auteur fait passer sous les yeux du lecteur des planches représentant des lésions typiques de l'appareil urinaire. Toutes ces planches, bien exécutées, se rapportent à des malades opérés par l'auteur, et une courte observation, jointe aux figures, donne à ces dernières plus d'intérêt et plus de vie. On y trouve presque toutes les affections chirurgicales de l'appareil urinaire et on comprend qu'il soit plus aisé et plus agréable d étudier les lésions des voies urinaires sur des planches que dans une description sèche et aride. C'est là ce qui fait l'intérêt de ce livre, et nous pouvons sans crainte le recommander, certain qu'il sera un guide utile et pratique pour tous ceux qui voudront étudier d'un peu près les affections chirurgicales du système urinaire. S.

Les opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright ; par le Dr René Gaultier, 1 vol. in-18 de 80 pages avec figures, cartonné : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris.)

Opsonines et *thérapeutique opsonisante*, voilà assurément, pour beaucoup de médecins, des mots nouveaux, un peu rébarbatifs au premier abord et qui sentent plus le laboratoire que la clinique. Et cependant les voilà qui sortent du domaine des conceptions biologiques et que la méthode de thérapeutique opsonisante entre dans la pratique médicale.

Les opsonines sont des substances solubles contenues dans les sérums normaux et les immun sérums, intermédiaires aux phagocytes et aux microbes, et qui interviennent dans l'acte de la phagocytose pour l'exagérer et le rendre plus efficace.

La thérapeutique opsonisante est donc une application de la méthode de l'immunisation. M. Gaultier expose l'utilisation, dans la lutte contre les maladies infectieuses, des substances protectrices élaborées par l'organisme sous l'influence des vaccins.

L'utilisation pratique de ces vaccins a déjà été tentée, sous le contrôle de la méthode opsonique, dans la tuberculose, et, par le contrôle des seuls phénomènes cliniques, dans la fièvre typhoide, la furonculose, l'acné et gonococcie.

Les méthodes de thérapeutique nouvelles issues des travaux de Pasteur et de ses successeurs, basées sur la connaissance approfondie des maladies infectieuses et des réactions biologiques qui les accompagnent, demandent à être chaque jour plus étudiées pour être davantage pratiquées.

Ce volume, publié dans la collection des *Actualités médicales*, intéressera non seulement les chercheurs de laboratoire, mais ouvrira des aperçus nouveaux aux praticiens soucieux de se tenir au courant des recherches nouvelles

FORMULES

Salpingite d'origine blennorrhagique.

Injections chaudes à base de permanganate de potasse (solution à 1 pour 4000).

Badigeonner le canal cervical avec :

Thigénol...........................	20 gr.
Alcool.............................	80 gr.

Leucorrhée.

Injections émollientes de deux litres, ou injection avec 1/2 verre d'eau oxygénée pour deux litres d'eau.

Soigner les lésions, pansements tous les deux jours avec :

Thigénol...........................	50 gr.
Glycérine neutre...................	100 gr.

Anesthésie locale.

Chirurgie générale.

Stovaïne.................	0 gr. 50 à	0 gr. 75
Eau distillée..............	Q. s. pour	100 cc.

Ophtalmologie.

1°	Stovaïne..........................	1 gr.
	Sérum physiologique........Q. s. pour	100 cc.

Conserver en ampoules stérilisées à 105° pour injections.

2°	Stovaïne..........................	1 gr.
	Sérum physiologique........Q. s. pour	100 cc.

Pour instillations.

Chirurgie dentaire.

Stovaïne..................		1 gr.
Eau distillée..............	Q. s. pour	100 gr.

Cette solution peut-être également utilisée pour les petites opérations.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Charbon et associations microbiennes ;

Symbiose de la bactéridie charbonneuse et du bacillus fluorescens non liquefaciens ;

Par F. CHEVREL

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes

MM. Louis MARTIN, GRIFFON et FEUILLIE (1) ont récemment fait connaître à la Société médicale des hôpitaux deux observations de pustule maligne dont le pronostic fut singulièrement aggravé et l'issue fatale précipitée par l'association, à la bactéridie charbonneuse, du vibrion septique et du streptocoque. Il n'est pas inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attache à ces constatations. Si, au cours du charbon, comme dans toutes les maladies infectieuses, d'ailleurs, le germe spécifique subit à un haut degré l'influence des circonstances susceptibles de modifier son action, on peut dire que les associations microbiennes et les infections surajoutées constituent certainement l'un des plus importants parmi ces facteurs étiologiques secondaires. Suivant la remarque de M. Louis Martin, il paraît évident que ces associations influent sur l'évolution des maladies dont elles peuvent modifier les symptômes, l'allure générale et la terminaison.

L'observation de pustule maligne que nous rapportons ici (2) ne fait que confirmer ces vérités universellement admises. Mais elle diffère de celles que nous citions précédemment en ce que la maladie évolua d'une façon très bénigne et que le bacille associé dans ce cas à la bactéridie charbonneuse, loin d'aggraver sa virulence, parut exercer une action atténuante sur son évolution.

OBSERVATION. — GRAT..., Edouard, charpentier, âgé de 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 juin 1907. Son passé est indemne de tout antécédent pathologique.

Le 13 juin, au matin, son attention est attirée par une petite vésicule légèrement prurigineuse siégeant à la face et d'apparence si insignifiante que le malade l'excorie d'un coup d'ongle pensant en hâter la disparition. Le même jour, vers le soir, il se forme, au même point, une petite pustule saillante pour laquelle le malade vient consulter seulement le surlendemain, 15 juin.

A son entrée, nous le trouvons porteur, au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, d'une pustule maligne absolument typique, constituée, au centre, par une petite escharre noirâtre entourée de quelques vésicules phlycténoides. Les tissus environnants sont indurés. Ils présentent une rougeur lymphangitique qui s'étend sur la région cervicale antérieure. La palpation de la lésion est à peine douloureuse. A part une légère céphalée, les symptômes généraux sont nuls. La température, à l'entrée, est de 37°5. Elle monte à 38°,6 le soir. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le traitement institué aussitôt consiste dans une cautérisation profonde de la lésion et des injections répétées de solution phéniquée à 2 gr. p % dans tout le territoire avoisinant. Ces injections sont faites pendant 4 jours consécutifs. Grâce à cette énergique intervention, le développement de la pustule s'arrête, il n'apparaît pas d'œdème. La température tombe à 37° dès le second jour et ne se relève plus. Le malade guérit dans les meilleures conditions et sort de l'hôpital le 24 juin.

(1) *Soc. med. Hôp.* décembre 1907.
(2) Cette observation a été suivie dans le service de M. le prof. Le Moniet, a qui nous adressons nos vifs remerciements.

Constatations bactériologiques.

Nous recueillons aussi aseptiquement que possible un peu de la sérosité vésiculaire. Une part est ensemencée sur les milieux usuels, l'autre est inoculée au cobaye après dilution dans 1 cent. cube de bouillon stérile.

Au bout de 24 heures, nous trouvons dans nos tubes de culture deux espèces microbiennes : 1° quelques rares bactéries trapues, rectilignes, nettement sectionnées aux extrémités, prenant le Gram, morphologiquement semblables aux bactéridies charbonneuses et que nous avons pu, d'ailleurs, identifier rapidement comme telles ; 2° de fins bacilles rectilignes, mobiles, non colorables par la méthode de Gram et dont le développement était infiniment plus abondant que celui du charbon.

Ce second bacille présentait, en outre, les caractères suivants :

Cultures sur tous les milieux, à 37° et à la température du laboratoire, avec production de pigment vert fluorescent, surtout abondant dans les milieux glycérinés.

Sur bouillon Martin, trouble général assez riche en 24 heures, se recouvrant d'un voile au bout de 36 à 48 heures. Légère teinte verdâtre diffusé dans le milieu, marquée surtout dans les couches supérieures de la culture.

Sur gélose, développement abondant en 24 heures, formant une strie épaisse, humide, de couleur blanc-grisâtre.

Sur gélatine, la culture est aisée et se fait surtout en surface. Pas de liquéfaction. La production de pigment est pauvre sur ce milieu.

Le bacille donne sur pomme de terre une culture épaisse, de couleur brun jaunâtre et humide, assez semblable à celle du colibacille.

Le lait n'est pas coagulé. Il présente dès la 24e heure une réaction alcaline qui s'accentue très fortement par la suite.

Nous n'avons pas observé de spores.

Ces caractères nous permettent de classer notre bacille dans le groupe des bacilles fluorescents non liquéfiants. Ils sont d'ailleurs absolument identiques à ceux de trois échantillons de cette espèce microbienne que M. le Dr Binot, de l'Institut Pasteur de Paris, a bien voulu mettre à notre disposition pour cette étude. La virulence de ce bacille, pour le cobaye, est faible, l'animal résiste à l'inoculation sous-cutanée de 3 cc. de culture abondante en bouillon, âgée de 24 h. Il faut inoculer la même dose dans le péritoine pour amener la mort.

Nous nous trouvions donc en présence d'un phénomène de symbiose, les circonstances de l'infection ayant apparemment introduit sur un même point du tégument la bactéridie charbonneuse et le bacillus fluorescens.

Pendant que nous faisions ces premières recherches, le cobaye inoculé le 15 juin avec la sérosité de la pustule maligne restait en apparence indemne, et ce fut avec une certaine surprise que nous le vîmes succomber le 27 juin, 12 jours après l'inoculation. Or l'autopsie montra qu'il était charbonneux. On put isoler facilement, du sang du cœur et de la pulpe splénique une bactéridie absolument typique et de virulence normale. Cette longue survie, pour un animal aussi sensible à l'infection charbonneuse, nous porta à nous demander si la présence du bacille fluorescent à côté du charbon n'était pas pour quelque chose dans le déterminisme de cette évolution exceptionnelle. Cette prévision se trouva pleinement justifiée, et nous avons pu constater que ce bacille fluorescent exerçait vis-à-vis du charbon, *in vitro* et *in vivo*, une action empêchante rappelant l'antagonisme classique du bacille pyocyanique et de la bactéridie charbonneuse.

Les faits d'observation qui nous ont permis d'établir l'existence de cette rivalité biologique entre les deux organismes peuvent être rapidement résumés :

1° *In vitro*, en cultures mixtes, sur bouillon Martin, le bacillus fluorescens altère rapidement et fait disparaître la bactéridie. Les bacilles charbonneux apparaissent, au bout de 24 heures, grêles, granuleux, isolés ou associés en courtes chaînettes. Vers la 36e heure, ces altérations sont telles qu'il devient impossible de reconnaître le charbon. Les éléments sont contournés en forme de vibrions racornis, roulés en boules, absolument méconnaissables. Au 3e jour, on ne retrouve plus dans la culture que le bacillus fluorescens. Toutefois, malgré ces altérations importantes, la sporulation du charbon peut s'effectuer ainsi qu'en témoigne l'inoculation positive au cobaye, après chauffage de la culture à 80° pendant 20 minutes.

Cette activité destructive ne semble pas appartenir aux produits solubles sécrétés par le bacille fluorescent. Le charbon pousse, en effet, sur le filtrat d'une culture de ce microbe, quel qu'en soit l'âge. Comme on est en droit de s'y attendre, il s'y développe plus lentement, mais ses caractères morphologiques et sa virulence restent normaux.

2° *In vivo*, l'antagonisme est aussi net et se manifeste dans les mêmes conditions.

Nous n'avons obtenu aucun résultat appréciable chez le cobaye en combinant de diverses façons, avec les inoculations de charbon, au même point ou en des points différents, l'inoculation de cultures filtrées de bac. fluorescens.

De même, nous avons vainement tenté de vacciner ces animaux contre le charbon au moyen d'inoculations répétées de cultures entières ou de cultures filtrées de bac. fluorescens.

Mais en inoculant des cultures mixtes, en bouillon, âgées de 24 à 48 heures, nous avons obtenu, chez le cobaye, des survies appréciables dont la durée variait de 6 à 12 jours. Sur 30 animaux inoculés, trois ont survécu définitivement, les autres ont fini par succomber à l'infection charbonneuse.

Notons que peu à peu, avec le temps, l'activité anticharbonneuse de notre bacille fluorescent a progressivement diminué d'intensité et qu'à l'heure actuelle, les résultats obtenus dans des conditions identiques sont loin d'être aussi nets que dans les premières expériences. Sans doute faut-il voir dans cette déchéance l'effet d'un séjour prolongé sur milieux artificiels d'une bactérie qui, comme on le sait, est douée de facultés d'adaptation tout à fait remarquables.

Il y a loin, d'ailleurs, des faits que nous venons d'exposer aux résultats à peu près constants que l'on obtient, dans les mêmes conditions de symbiose, avec le charbon et le bacille pyocyanique. Tels qu'ils sont, ils nous semblent pourtant intéressants, car ils nous permettent de penser que la présence du bacille fluorescent à côté de la bactéridie dans ce cas d'infection charbonneuse a joué, suivant la remarque de M. Martin, un rôle réel dans l'évolution de la maladie. Il faut aussi tenir compte de ce fait que l'évolution du charbon, chez l'homme, dans le cas de pustule maligne, diffère absolument de ce qu'elle est chez le cobaye ; que la bactéridie reste chez lui beaucoup plus longtemps localisée et, par conséquent, susceptible d'être entravée dans son développement par toutes sortes de circonstances. Nous croyons donc que le bacille fluorescent s'est trouvé fort à propos dans la pustule charbonneuse et qu'il a pu tout au moins permettre au malade d'attendre le bénéfice d'une thérapeutique qui l'a définitivement guéri.

D'où venait, dans l'espèce, ce bacillus fluorescens ? On sait que ce microbe, très répandu dans la nature, abonde dans toutes les putréfactions. Or, le patient travaillait dans une tannerie et c'est vraisemblablement en manipulant des cuirs ou des objets souillés par ces derniers qu'il s'est inoculé à la fois le charbon et le bacille fluorescent. On peut dire, que, dans ce cas, la nature avait déposé auprès du mal le remède.

Cette observation prête enfin à des considérations intéressantes au point de vue de la microbiologie générale. Nous tenons particulièrement à rappeler que le bacillus fluorescens a déjà donné matière ici même à d'intéressantes recherches. Avec M. Dide, M. le professeur Bodin (1) a montré que cette bactérie, hôte banal des substances organiques en voie de putréfaction, peut jouer, dans certaines conditions de déchéance de l'économie, un rôle pathogène et déterminer cliniquement et expérimentalement des infections mortelles. Voici donc un même microbe qui, dans ses rapports avec l'organisme humain, se montre tour à tour sous les jours les plus divers : Tantôt saprophyte indifférent, tantôt virus des plus dangereux, tantôt agent d'atténuation d'une infection connexe, avec une souplesse remarquable, il sait adapter son activité aux conditions que lui imposent les circonstances, et le résultat de son action varie à l'infini. Rien ne montre mieux qu'en matière de biologie, il ne faut point poser de règles absolues, mais se souvenir que les multiples contingences qui entourent les faits ont presque toujours autant d'importance que les agents qui les déterminent.

(*Travail du laboratoire de bactériologie de l'Ecole de médecine de Rennes.*)

Un nouveau cas de fièvre typhoïde à bacille « intermédiaire ».

Par A. MAROTTE, médecin major à l'Hôpital militaire d'Oran.

La recherche du bacille d'Eberth dans les matières fécales est entourée de difficultés. Indépendamment de la rareté avec laquelle on arrive à identifier ses colonies même sur le milieu d'Endo, alors qu'elles y ont poussé avec leurs caractères les plus typiques, il faut encore tenir compte de ce fait que certains bacilles, aussi voisins de l'Eberth que des paratyphiques, sans appartenir pour cela plutôt à l'un qu'aux autres, poussent également bien sur ce milieu qui est, à juste titre, le plus apprécié pour ces recherches.

Mais l'observateur non prévenu risque fort, à simple inspection, de classer comme colibacillaires les colonies de ces éléments microbiens. Il faut que son attention ait été éveillée sur quelques différences pour que la confusion soit évitée. Or ces différences sont à peine marquées ; c'est une simple question de diamètre et de teinte. Seules, les cultures sur les milieux usuels peuvent donner une certitude. Il importe donc de ne pas passer outre dès l'abord.

Il nous a paru que cette cause d'erreur valait la peine d'être signalée à un moment où la poursuite des vecteurs de germes typhogènes devient une des bases de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Mais avant d'exposer nos recherches, on nous permettra de relater, aussi succinctement que possible, l'observation du malade qui en a été l'origine.

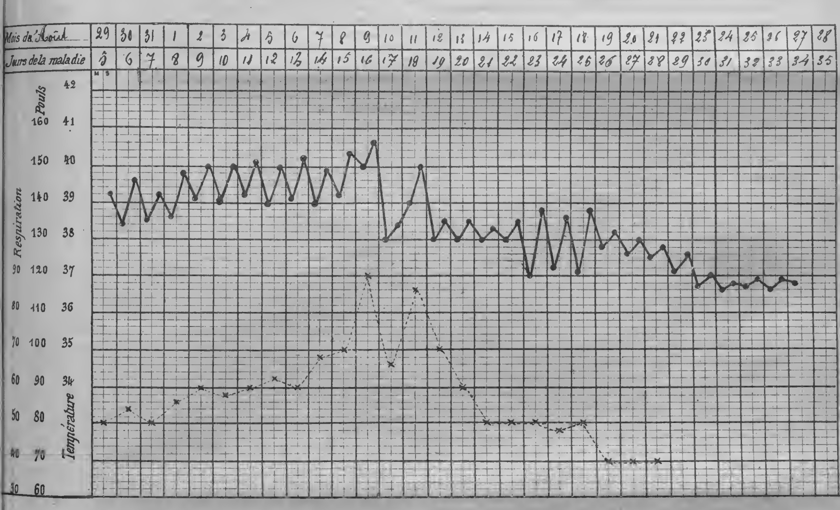
(1) Bacillus fluorescens putridus et diarrhée verte. *Presse médicale*, 2 juin 1906.

P... ouvrier tailleur au 2e zouaves, entre à l'hôpital militaire d'Oran le 29 août 1908. Originaire des Basses Pyrénées, il est en Algérie depuis près d'un an et n'y a jamais été malade. Rien à noter dans ses antécédents.

Début, il y a quatre jours, par de l'inappétence, de la céphalalgie, une fièvre modérée le soir et de l'insomnie.

A l'entrée, tableau symptomatique presque complet d'une fièvre typhoïde d'apparence grave d'emblée. Le malade est placé de suite dans le service spécial et mis au traitement par les bains froids. Le séro-diagnostic est négatif.

Malgré la rapidité d'application de la thérapeutique réfrigérante, le type ataxo-adynamique s'accentue de plus en plus : la céphalée est vive, l'agitation et le délire s'installent, la parole devient saccadée et hésitante ; on note de la trémulation de la langue et des muscles de la face



ainsi que de nombreux soubresauts des tendons. Les deux bases sont atteintes de bronchite intense ; le ventre est souple, mais douloureux dans la fosse iliaque droite ; la diarrhée est profuse . le cœur se montre un peu mou.

Du 1er *au 7 septembre,* la situation ne se modifie guère ; la température oscille entre 39° et 40° ; le pouls, très dicrote, reste assez bon et régulier, aux environs de 90.

8 septembre. — La température vespérale a une tendance à dépasser celle des jours précédents. Le pouls accuse 100 pulsations et quelques-unes sont à peine perceptibles — 2e épreuve négative de séro-diagnostic vis-à-vis de l'Eberth et des paratyphiques.

9 septembre. — Pouls à 120, petit, misérable ; T° 40° le matin, 40°5 à 4 heures. On pratique une injection intra-veineuse de 10 cm. d'une solution de collargol au 100e. Prise de sang pour l'hémoculture.

10 septembre. — Amélioration notable : 38° le matin, 38°4 le soir — pouls à 96 — euphorie accusée par le malade.

11 septembre.— La température, déjà relevée le matin, atteint à nouveau 40°2 à 4 heures du soir ; nouvelle injection de collargol, suivie le lendemain d'une chute de température qui, cette fois, se maintient définitive les jours suivants aux environs de 38°5.

A dater du 13, atténuation progressive des symptômes. Seules, l'albuminurie et la splénomégalie demeurent très marquées.

Apyrexie complète le 23.— A cette date, le séro-diagnostic est toujours négatif vis-à-vis des mêmes éléments, mais il est très positif à l'égard du bacille isolé par hémoculture.

La convalescence, qui semblait devoir se passer franchement, présente, tout à coup, le *1er octobre*, un premier incident caractérisé par l'apparition d'un peu de submatité à la base gauche, avec quelques frottements difficilement perceptibles. Signes fonctionnels muets, absence de réaction thermique.

Le *lendemain* les frottements s'accusent ; il y a du souffle au niveau de la région interlobaire ; le malade tousse, crache, est essoufflé. T° 38°4.

Le *3 octobre*, égophonie et pectoriloquie sur un tout petit espace ; toux quinteuse nocturne ; expectoration presque nulle.

Le *4* , les signes d'épanchement ont brusquement disparu et la ponction exploratrice ne ramène que quelques gouttes insignifiantes d'exsudat.

Tout semble ensuite rentrer dans l'ordre, mais le *11 octobre* un second incident surgit. T° 39°6 — douleurs

vives au testicule droit qui est trouvé tuméfié et dur — cuissons irradiées le long du canal de l'urèthre. L'urine recueillie dans un bocal est trouble et rougeâtre. On y trouve de nombreux globules rouges et des cylindres divers.

12 *octobre*.— La fluxion testiculaire a encore augmenté, les douleurs sont très vives, surtout au niveau de l'épididyme. Aucun point fluctuant n'est trouvé — T° 39° — toujours un peu d'hématurie et de cystite.

13 octobre.— Tuméfaction du cordon — état général bon — température presque normale — disparition de l'hématurie et des douleurs uréthrales.

A partir du 14, résolution de l'orchite, dont il persistera longtemps un certain degré d'induration. Cette fois, la convalescence s'établit définitivement et n'est plus troublée jusqu'à la sortie du malade dans le courant de novembre.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes, dont celle qui a motivé cet article et sur laquelle nous insisterons surtout.

C'est d'abord, *au point de vue clinique*, après une menace d'épanchement métatyphoïde, l'apparition d'une orchi-épididymite — complication, sinon rare, du moins assez peu souvent notée dans la dothiénentérie pour mériter d'être signalée. Comme dans les diverses observations qui en ont été rapportées, elle est survenue brusquement pendant la convalescence, déterminant des douleurs vives avec gonflement unilatéral rapide du testicule, puis de l'épididyme, suivis d'une résolution assez prompte, et teut cela sans avoir sérieusement influé sur l'état général.

Il semble qu'elle ait coïncidé, chez notre malade, avec une décharge bactériurique ayant provoqué l'inflammation de tout le système génito-urinaire, offrant ainsi une grande ressemblance avec une observation de même genre publiée par nos camarades Messerer et Gasser (1).

2° *Au point de vue thérapeutique*, l'action du collargol a été véritablement héroïque. Nous possédons d'ailleurs un grand nombre de courbes superposables de cas analogues où ce médicament, administré dans les mêmes conditions critiques, avec les mêmes indications, s'est montré également efficace. C'est là seulement un point que nous voulions souligner ici, sans y insister davantage.

3° *Au point de vue bactériologique*, enfin, les constatations faites sont tout à fait instructives. Rappelons tout d'abord que 3 épreuves de séro-diagnostic, faites les 29 août, 8 et 25 septembre sont demeurées négatives vis-à-vis du bacille d'Eberth comme de divers échantillons de paratyphiques ; toutefois, à la dernière tentative, ces divers bacilles mis en présence du sérum du malade avaient manifestement perdu leur mobilité, mais aucune agglutination, même réduite, n'existait.

Une hémoculture, pratiquée le 9 septembre sur milieu d'Endo, donna des résultats que nous fûmes tout d'abord tenté de considérer comme négatifs.

En effet, les colonies obtenues, peu transparentes, avaient toutes une teinte rose plus ou moins foncée, les unes étaient simplement centrées par une petite tache, alors que les autres étaient presqu'entièrement envahies par la coloration. Entre ces deux états, on notait de nombreux intermédiaires.

C'était en somme, et à première vue, des colonies de coli. Comparant alors la plaque d'hémoculture avec des plaques offrant des colonies typiques de coli-bacilles, nous eûmes la sensation nette d'une différence, minime il est vrai, mais néanmoins certaine, savoir : une coloration plutôt rosée que rouge sur la plaque de notre malade et surtout diamètre plus petit des colonies.

(1) Messerer et Gasser. — Orchite typhoïdique ; constatation du bacille d'Eberth. (*Arch. de méd. et de pharmacie militaires*, t. XXV, p. 228.)

L'examen du bacille ne révélait rien par lui-même de spécial : mobile, à bouts arrondis, il n'était pas colorable par le Gram et ne montrait pas trace de capsule. Reporté sur les milieux usités pour le diagnostic, il nous donna les résultats que voici :

En *bouillon simple* à 40°, trouble moiré homogène, devenant peu à peu grumeleux et se voilant légèrement à la surface, sans présenter jamais aucune odeur.

En *bouillon arsenié*. culture très rapide avec des caractères analogues ; en *bouillon caféïné*, pas de développement ; en *bouillon carbonaté lactosé* : pas de gaz ; sur *gélatine en plaques* : colonies **arrondies, régulières**, peu translucides, sans l'aspect classique en montagne de glace et sans liquéfaction aucune.

Sur *pomme de terre* : couche crémeuse claire, puis jaune brun ; en *lait simple*, pas de coagulation ; en *lait tournesolé*, réaction aussi importante qu'inattendue, consistant dans une **accentuation de plus en plus marquée de la teinte bleue**.

Milieux au rouge neutre non virés ; *pas d'indol*. Enfin, *agglutination* positive au 100e par le sérum du malade recueilli le 25 septembre et, inversement, négative avec le sérum d'autres typhoïdiques.

En résumé, d'une part, apparences du coli dans les colonies sur gélose fuchsinée décolorée ; de l'autre, réactions de l'Eberth sur les milieux ordinaires avec, en plus, réaction alcaligène en lait tournesolé, tels sont les caractères du bacille que nous avons observé.

Or, ce qui double l'intérêt du cas, c'est que plusieurs colonies poussées sur les plaques d'examen des selles du malade donnèrent absolument les mêmes résultats. Il y avait donc concordance parfaite.

Nous en étions là de nos recherches et nous hésitions encore à conclure de façon formelle, lorsque nous avons vu, non sans plaisir, le travail de Lafforgue (1), relatant un cas analogue, venir lever nos doutes en confirmant notre manière de voir. Comme lui, nous croyons avoir eu affaire, dans l'observation précitée, à un des bacilles de ce groupe typhogène dont les types vont se multipliant. Avec lui, nous pensons que l'hémoculture systématique, complétée par des identifications rigoureuses, peut seule nous renseigner sur la fréquence véritable de ces bacilles dits « intermédiaires » et que les défaillances du séro-diagnostic tiennent, plus souvent qu'on ne croit, à ce que le sérum des malades n'est pas mis en présence du seul bacille « homologue » qu'il peut agglutiner. — A la longue, ce sérum, comme celui de notre malade au 30e jour, peut arriver à immobiliser l'Eberth légitime, voire même à donner quelques petits amas minuscules, mais la réaction n'est jamais franche et ne s'étend guère au delà du trentième. Il est aisé de comprendre qu'elle puisse manquer jusqu'à la guérison complète.

Quant à la méthode des inoculations répétées au cobaye de 2 centimètres cubes de culture en bouillon, âgée de 48 heures, elle reste elle-même incapable de conférer au sérum de cet animal la propriété d'agglutiner le bacille typhique authentique. Le fait a été vérifié déjà pour certains bacilles et le nôtre rentre dans la même catégorie. En dernière analyse, la diagnose paraît impossible, à l'heure actuelle, en dehors des caractères que nous avons indiqués.

(1) Lafforgue. — Fièvre typhoïde à bacille intermédiaire. *Presse médicale*, 1908, p. 611.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'examen médical des enfants des classes spéciales.

J'ai exprimé le regret, à plusieurs reprises, que, dans les établissements destinés aux enfants anormaux, le rôle du médecin soit souvent placé au second plan. Certes, beaucoup d'éducateurs protestent de leur désir de voir le médecin examiner les élèves et leur donner des indications. Mais sans parler de ceux qui font ces protestations avec l'intention formelle de n'en rien faire, il y a tous ceux qui ne voient pas l'utilité de la collaboration médico-pédagogique. J'ai fréquemment insisté sur la nécessité de soigner tous les anormaux, n'admettant pas cette distinction, d'ailleurs récente, en anormaux médicaux et en anormaux d'école : et l'année dernière, dans une communication que je faisais au congrès d'hygiène sociale de Bordeaux (1), je déclarais avec mes collègues Jean Philippe et Piereson que « dans de nombreux cas, l'éducateur n'obtiendrait aucun résultat appréciable si le médecin n'avait au préalable amendé le terrain par une thérapeutique appropriée ». Que l'on compare les résultats des classes spéciales suivant qu'elles admettent ou non ce principe essentiel, et l'on reconnaîtra que les éducateurs qui s'y conforment ont des succès qui ne sont pas douteux. Ceux qui ne s'inspirent pas des faits révélés par le médecin n'ont que des succès fictifs ; ils les affirment sans les laisser contrôler.

A Bordeaux, l'organisation des classes spéciales est excellente. Chacun peut s'en rendre compte, et d'ailleurs maîtres et médecins ont tenu à donner sur le fonctionnement de leurs classes des rapports documentés. Le Professeur Régis, médecin inspecteur spécialiste des enfants des écoles spéciales, vient de faire paraître la partie médicale d'un rapport médico-pédagogique (2), et déclare, en se basant sur les faits observés, que « le médecin spécialiste a sa place marquée dans la bonne organisation et dans la bonne marche des classes et des écoles d'anormaux » et, que « si l'on veut obtenir de ces classes et de ces écoles tous les résultats qu'on est en droit d'attendre, il y faut la collaboration étroite, intime, du médecin et de l'éducateur. »

Cette affirmation s'ajoute à la mienne et si nous parlons ainsi, Régis et moi, ce n'est pas théoriquement, mais en nous basant sur une expérience quotidienne.

Le docteur Régis, grâce à l'organisation très heureuse des inspections médicales, a pu réaliser : 1° l'examen individuel et complet de chacun des enfants des classes d'anormaux au point de vue des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche, des dents, du squelette, du langage ; 2° le traitement médical et chirurgical des anomalies et maladies.

Des spécialistes sont chargés de compléter les examens des médecins inspecteurs habituels, et chaque élève est pourvu d'une fiche médicale dont l'intérêt pratique saute aux yeux. Du reste, dans son rapport, le Dr Régis indique les premiers résultats de l'action médicale et, entre autres indications, je détache celle-ci : « Au point de vue psychique l'amélioration a été parallèle (à l'amélioration physique) et l'on peut dire que, d'une façon générale, les enfants sont devenus plus calmes, plus dociles, plus malléables, plus aptes à l'éducation et à l'instruction ».

Ces constatations sont l'expression de la vérité ; le docteur Régis voit les choses telles qu'elles sont et sans parti pris : il signale les succès comme les défauts. Aussi déclare-t-il avec franchise « que la classe spéciale ne représente pas le système idéal dans l'éducation des anormaux psychiques. Avec ce système et pour toutes sortes de raisons, les enfants restent trop dans le milieu familial et trop peu dans le milieu scolaire ». C'est encore là un point que j'ai signalé antérieurement, et je suis satisfait que l'expérience bordelaise indique les inconvénients d'un système qui possède à Paris trop d'admirateurs ! Je conseille à ces derniers, comme aux psychologues étudiant les anormaux et comme à tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin aux classes de perfectionnement, de lire l'excellent rapport de Régis : en suivant sa méthode, on n'aura pas d'échecs.

G. PAUL-BONCOUR.

(1) Voir aussi l'*Educateur moderne*, novembre 1908, pages 404 et 405.
(2) In *Revue philanthropique*, 1909.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'utilisation, en ville, du miroir de Clar sans accumulateur ;

Par le Dr Armand LÉVY.

Dans la pratique oto-rhino-laryngologique, l'usage du miroir de Clar s'est de plus en plus répandu. Mais pour l'examen des malades chez eux, il nécessite l'emploi d'un accumulateur toujours encombrant à transporter, assez lourd, malgré les perfectionnements actuels, sujet à l'auto-décharge, au sulfatage, etc. Aussi a-t-on cherché

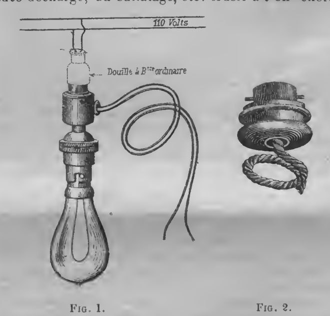


FIG. 1. FIG. 2.

à se passer des accumulateurs, dans la mesure du possible et, l'éclairage électrique domestique se développant de plus en plus dans les villes et les campagnes, les constructeurs ont établi un dispositif, renfermé dans une boîte portative, legère, contenant une résistance appropriée pour permettre l'utilisation directe du courant de ville comme source électrique destinée à alimenter le miroir de Clar.

Ces boîtes sont très pratiques.

Le principe sur lequel elles sont établies : le montage

en tension, n'est pas nouveau ; il est d'usage courant en électricité, certains d'entre nous s'en servent pour la recharge de leurs petits accumulateurs, et cependant il est très peu employé dans le cas particulier de l'éclairage direct ; aussi crois-je bien faire en le rappelant et en attirant l'attention sur les avantages qu'il présente.

Je me suis procuré un support de lampe pour douille à baïonnette (fig. 1) dont on se sert pour charger de petits accumulateurs avec le courant de ville. (Ce support et tous les autres objets dont je vais parler, se trouvent dans tous les grands bazars et chez tous les appareilleurs ou marchands d'accessoires pour électricité.)

Aux extrémités des fils souples fournis avec le support, et dont la longueur est de 2 m. 50, j'ai fixé un bouchon de prise de courant à baïonnette (fig. 2). Pour raccorder ce bouchon aux goupilles coniques qui terminent le fil du miroir de Clar, j'interpose un fil souple à deux conducteurs de 0 m. 25 à 0 m. 50 de long, se terminant à un bout, par un support cuivre à clé (fig. 3). A l'autre bout, je raccorde deux serre-fils (fig.4) d'une longueur de 3 à 4 centimètres.

Pour tenir ces serre-fils isolés et éviter tout court-circuit, je taille dans sa longueur un bouchon de liège, créant ainsi deux rainures opposées dans lesquelles je place les deux serre-fils (vis en dehors) et je ligature l'ensemble avec un morceau de ruban caoutchouté collant, sur lequel j'applique une bande de papier pour éviter l'adhérence aux doigts.

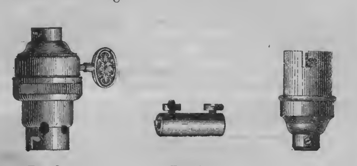


Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5.

Pour assurer un contact plus parfait entre le fil double et le serre-fil, on peut supprimer sa vis de serrage et ressortir le fil par l'orifice ainsi dégagé ; on ligature ensuite ce fil sur lui même et on l'isole avec une bande de ruban caoutchouté.

La clé qui se trouve sur le support permet d'éteindre la lumière quand on ne se sert pas du Clar, évitant ainsi le démontage d'une prise de courant. Un simple tour de clé et le Clar est rallumé.

On a ainsi une longueur totale de fil d'environ 4 mètres depuis la prise de courant jusqu'au miroir.

Dans le cas où cette prise de courant se trouverait à une distance plus grande, il suffirait d'ajouter un raccord de fils doubles, que l'on doit avoir en prévision de cette éventualité.

Ce raccord supplémentaire est terminé à un bout par un bouchon (fig. 2) et à l'autre bout, par un support en cuivre ordinaire (fig. 5). Il est bon de prévoir également le cas où l'installation électrique de notre malade comporterait des lampes à vis au lieu de lampes à baïonnette.

Nous aurons donc, en outre, un petit raccord de 25 à 50 centimètres de fils souples terminés à un bout par un bouchon de prise de courant à vis (analogue à celui de la fig. 2, mais à vis au lieu de baïonnette), et à l'autre bout par un support cuivre ordinaire (fig. 5). Le bouchon à vis sera, dans ce cas, vissé à la place d'une lampe d'éclairage et le support (fig. 1) fixé sur le support (fig. 5). On aura ainsi un ensemble fonctionnant très bien, malgré l'absence de rhéostat. Celui-ci est absolument inutile.

Il suffit, en effet, que la lampe de résistance ait un voltage égal à la différence entre le voltage du secteur et celui de la lampe du Clar, les 2 lampes étant montées en tension.

Cependant, le secteur donnant presque toujours un voltage supérieur à celui indiqué (le 110 volts est le plus courant), je mets comme lampe de résistance une 16 b à 110v, consommant environ 0,50 A et au Clar une 10b de même ampérage.

La lumière est ainsi très blanche, intense, sans que, pourtant, la petite lampe soit poussée.

Quant au prix de revient total, il s'établit à 12 fr. 80 seulement.

Ainsi, pour un prix très minime, nous pouvons disposer d'un éclairage portatif très léger, peu encombrant, très intense, sans avoir à craindre une interruption de lumière autre que celle pouvant résulter de la rupture d'un filament de lampe. Il nous suffira, pour parer à cette éventualité, d'avoir avec nous (comme nous l'avons déjà avec les accumulateurs) 1 ou 2 petites lampes de rechange.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1909.

Sur le pouvoir antitryptique du sérum sanguin et sa valeur diagnostique.— ***Widal*** donne lecture de son rapport sur le travail de M. Poggenpohl.

Election d'un associé libre. — MM. ***Capitan*** et ***Voisin*** étaient présentés en première ligne. M. Capitan a été nommé au deuxième tour par 45 voix contre 40 à M. Voisin.

SOCIETE DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1909.

Rétrécissement du rectum. — M. ***Potherat.*** — M. Quénu a insisté récemment, à propos d'un rétrécissement du rectum avec rectite, sur l'inutilité de l'extirpation du rétrécissement lui-même. M. Lapointe a signalé dans sa thèse un cas de rétrécissement du rectum avec rectite, certainement non syphilitique, puisque la malade contracta la syphilis au cours des accidents de rétrécissement. M. Tillaux lui fit un anus contre nature et il en résulta —, ce qui confirme la conclusion de M. Quénu sur l'influence heureuse de cette opération en pareil cas —, une amélioration telle que, malgré une cessation prolongée du traitement local, je pus, deux ans après, fermer l'anus artificiel.

Dans un autre cas, après une période de traitement local, j'extirpai le rectum sur une hauteur de 6 cm. environ. La réunion se fit par première intention. Et cette pièce me montra la profondeur des altérations locales.

Malgré notre extirpation, la rectite persista et la malade en présente encore des signes manifestes. Aussi je crois qu'il eût été bon de faire au préalable un anus iliaque.

L'anesthésie lombaire. — M. ***Chaput.*** — La novocaïne, qui semble très nettement moins toxique que la cocaïne ou la stovaïne, m'a donné des résultats excellents. Sur 126 anesthésies faites par moi ou mes internes, et dont 8 avaient plus de 70 ans, les résultats ont été parfaits, puisque je n'ai eu que 5 échecs d'anesthésie dus à des doses insuffisantes, employées au début. Les vomissements ne se voient que dans les laparotomies, où ils sont presque constants. On voit parfois un peu de pâleur qui cède rapidement à la caféine. Doses : périnée 5 centigr. — Membres inférieurs, 6 centigr. Laparotomies : 7 à 8 cgr.

Elle est plus bénigne que la stovaïne, et ne présente aucune contre-indication. On peut l'appliquer à tous les âges.

Kyste hydatique de la rate. — M. ***Morestin*** présente un rapport sur une observation de M. Michon concernant un kyste hydatique de la rate. Ce malade était considéré comme un tubercu-

leux. Il eut un beau jour un point de côté brusque, si douloureux qu'il eut presque une syncope et expulsa par vomique une masse gélatineuse dont l'examen montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique qu'on localisa dans le poumon. La radioscopie ne montra rien dans le poumon mais une voussure du diaphragme dans sa moitié gauche et dans la région splénique. M. Michon fit donc le diagnostic de kyste de la rate ouvert dans le poumon.

Une laparotomie le conduisit sur la rate : celle-ci n'était pas du tout adhérente mais contenait cependant un kyste hydatique non adhérent. M. Michon extirpa la rate et le malade guérit parfaitement bien.

Dans ce cas, on le voit, le diagnostic n'a été fait que par la radioscopie puisque ni la percussion, ni la palpation ne donnaient de renseignement.

On peut se demander, avec M. Michon, si le kyste splénique était pour quelque chose dans la vomique. C'est peu probable, étant données l'absence d'adhérences et la limpidité du liquide kystique. Il s'agit sans doute de deux localisations indépendantes l'une de l'autre.

Fallait-il faire la splénectomie ? Certes, c'est une opération défendable et facile. Il est cependant, semble-t-il, bon de conserver si possible les viscères même si leur nécessité absolue n'est pas démontrée. On eût pu dans ce cas tenter l'opération conservatrice puisque le kyste était assez limité et que le reste de l'organe paraissait absolument sain : je veux dire l'énucléation de la poche.

M. *Quénu*. — La radiographie donne d'excellents renseignements, mais il ne faudrait pas cependant s'y fier trop complètement. Récemment, dans un cas diagnostiqué kyste hydatique par M. Béclère, je trouvai un cancer massif du foie. La radiographie sert surtout à montrer l'existence d'une saillie anormale.

D'autre part j'avoue trouver exagérée l'ablation de la rate pour un kyste hydatique, étant donné qu'il est possible d'agir autrement. Si cette ablation peut ne pas donner d'accidents, il n'en est pas moins vrai qu'elle pourrait peut-être tourner plus mal en des mains moins habiles.

M. *Arrou*. — J'ai opéré récemment un kyste hydatique volumineux de la rate, je fis une extirpation de la partie malade seule et une réunion sans drainage ; le malade guérit parfaitement.

M. *Tuffier*. — Il est curieux qu'après la vomique, qui prouvait l'existence d'un kyste pulmonaire, on n'ait pu trouver trace de cette collection à la radiographie.

Les radiographes sont capables de faire un diagnostic anatomique, mais pas un diagnostic de la nature d'une tumeur quelconque.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste profond de la rate, l'hémorragie peut obliger à enlever l'organe, bien que dans un cas de ce genre j'aie pu arrêter parfaitement l'écoulement de sang et ne pas faire la splénectomie.

M. *Guinard*. — Les livres classiques conseillent volontiers l'ablation de la rate dans ces cas. Confiant dans cette technique, je voulus une fois tenter cette opération en cas de kyste hydatique et je trouvai une rate adhérente au diaphragme et impossible à extirper, bien qu'elle parût s'abaisser aisément, alors qu'en réalité c'était le diaphragme qui s'abaissait.

M. *Souligoux*. — Dans certains cas, la splénectomie est tellement plus facile que toute autre opération qu'il me semble tout naturel de la pratiquer si la rate paraît en mauvais état.

Présentation de malades. — Extraction d'une balle au niveau du pédoncule cérébral. — M. *F. Legueu* présente un malade qui se tira une balle dans la région carotidienne; après quelques jours de coma, le malade présenta le syndrome de Weber, ce qui permit de penser à une lésion du pédoncule cérébral droit. La balle se voyait, à la radiographie, un peu à droite de la ligne médiane et dans une ligne transversale passant au devant du tragus. Une céphalée terrible causée par une hydrocéphalie énorme, des spasmes douloureux dans la moitié correspondante de la face, forcèrent à intervenir pour chercher cette balle qu'on croyait localisée dans le pédoncule cérébral droit. Après crâniectomie latérale dans la région temporale, M. Legueu trouva la balle non dans le pédoncule cérébral, mais au-dessous de lui dans la dure-mère qui, perforée, laissait pointer une extrémité de cette balle. Le malade a perdu sa céphalée et ses douleurs, il conserve encore son syndrome de Weber et un signe d'Argyll survenu quelques jours après l'accident.

M. *Labouré* (d'Amiens) présente un homme de 63 ans, porteur d'une ethmoïdite suppurée avec polypes infectés des fosses nasales. Etat cachectique, hémorragies abondantes, suintement fétide. Tentative infructueuse par les voies naturelles, puis opération chirurgicale. Incision latéro-nasale, commençant en haut, à l'angle interne de l'œil et finissant en bas sur la ligne médiane, au niveau de la sous-cloison. Résection à la pince-gouge de l'échancrure nasale qui ouvre le sillon maxillaire, de la branche montante du maxillaire, de l'os propre du nez et de l'unguis, en respectant le sac lacrymal. Abrasion à la curette des cornets et de l'ethmoïde avec les polypes et les fongosités. Toute la fosse nasale est réduite à une cavité unique, sans aspérité aucune.

Fermeture de la plaie par cinq points. Résultat esthétique parfait.

M. *Tuffier* présente un malade atteint d'angiome de l'urèthre qui occasionnait des uréthrorragies persistantes, anémiant fortement le malade dont le système vasculaire local est d'ailleurs hypertrophié dans son ensemble. L'uréthroscope permit de voir la tumeur que M. Dominici a traitée par le radium avec un plein succès en 3 séances.

M. *Boudet* présente 2 malades opérés avec succès de plaies pénétrantes du poumon. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 21 juin 1909.
Présidence de M. Magnan.
Compte-rendu analytique.

Paralysie générale tardive ou démence organique par lésions multiples. Lymphocytose positive. Présentation de malade. — M. *Truelle* présente une femme de 61 ans, malade depuis 2 ans, chez qui on constate, en même temps que de l'affaiblissement intellectuel, des signes physiques semblables à ceux de la paralysie générale : inégalité pupillaire, myosis, démarche spasmodique. Le diagnostic de paralysie générale a été fait à trois reprises différentes.

D'après la marche plutôt régressive de l'affection, d'après son début par une hémiplégie gauche subite suivie d'hémiparésie, d'après l'analyse de l'état mental différent de la démence paralytique, il semble que l'on ait plutôt affaire à une cérébrosclérose lacunaire d'origine artérielle. La localisation principale des lésions dans l'hémisphère droit, dans la capsule et le corps strié, expliquerait les tremblements à forme choréique prédominant à gauche et la dysarthrie.

Lymphocytose abondante sans hypertension ni sérine. Possibilité d'une méningo-encéphalite secondaire, mais ne créant pas toutefois le syndrome clinique de paralysie générale.

2° **Un cas d'épilepsie traumatique : onze trépanations. Présentation de malade.** — M. *Legrain* présente un malade porteur d'une lésion cranienne très vaste, résultant d'une série de trépanations opérées depuis 18 ans. Au travers de la fenêtre cranienne on perçoit nettement le pouls cérébral ; lorsqu'il tousse, on voit le cerveau faire brusquement une grosse hernie. Les craniotomies occupent la région pariétale gauche et s'étendent jusqu'à la suture pariéto-occipitale. Le malade ne présente aucun trouble mental, mais il a une hémiplégie droite incomplète avec contracture permanente. Point de troubles de la sensibilité.

La première craniotomie a eu lieu à la suite d'une chute sur la région cranienne pendant le service militaire et pour remédier à des accès « d'absence » durant parfois plusieurs heures. Plus tard, ces absences laissaient place à des vertiges conscients très caractérisés, et plus tard encore à des crises d'épilepsie jacksonnienne. Les craniotomies sont disséminées sur le parcours de cette histoire. Au début, les interventions paraissent avoir amélioré l'état, mais depuis dix ans environ le malade a présenté en même temps que des crises convulsives, de la contracture permanente, tous phénomènes qui semblent bien indiquer qu'il n'y a plus rien à espérer d'une intervention chirurgicale quelconque.

M. *Picqué*. — Le malade est fort intéressant au point de vue des résultats éloignés des interventions pratiquées sur le crâne contre l'épilepsie. Dans la thèse de mon élève Paon, basée sur une série de faits observés dans les asiles, j'ai montré combien

peu sont satisfaisants les résultats éloignés de la trépanation. Le résultat actuel montre qu'il faut encore se montrer très réservé au sujet des crâniotomies, d'autant plus que l'épilepsie jacksonnienne est la forme la plus accessible à l'intervention chirurgicale.

Il serait, en outre, important de savoir exactement si l'épilepsie, chez ce malade, a été antérieure ou postérieure aux opérations.

Attaques comitiales : délire consécutif amnésique. Présentation de malade. — M. de *Clérambault* montre un malade de 18 ans, ayant eu des vertiges et présentant actuellement, à la suite d'attaques en série, des états délirants de ? et 3 jours, avec insomnie, hallucinalions incohérentes, niaiserie, actes absurdes et mouvements automatiques, qui offrent cette particularité de rester entièrement présents à la mémoire du sujet. On peut se les expliquer par une réaction du terrain dégénératif consécutive à l'ictus, ou bien les considérer comme la continuation de l'état comitial ; et pour diverses raisons, l'auteur incline vers cette manière de voir. Le sujet présente, en outre, des accès délirants analogues à la fois au somnambulisme et aux hallucinations hypnagogiques ; ils surviennent dans le sommeil et sont suivis de souvenir.

Sclérose en plaque ayant ébauché à son début le syndrome paralytique. Présentation de malade. — M. *Benoit* présente un malade du service de M. A. Marie ayant ébauché en juillet et août 1906 un syndrome paralytique.

Actuellement, le malade a recouvré la pleine possession de ses facultés mentales. Il y a dans la mémoire une lacune pour les antécédents délirants qu'il a présentés. Au point de vue physique persiste un tabès spasmodique. Toutefois, en l'absence de tout tremblement intentionnel, quelques troubles de la sensibilité, des réactions pupillaires un peu lentes et des secousses nystagmiformes nettes font penser à l'auteur qu'il s'agit d'une sclérose en plaque fruste.

Enfin, les troubles mentaux passagers du malade : turbulence, état de confusion, cauchemars, hallucinations et illusions de la vue font penser qu'il s'est agi d'alcoolisme chronique chez un individu atteint de sclérose en plaque au début.

Délire d'interprétation chez les deux sœurs. Présentation de malades. — MM. *Leroy* et *Fassou* présentent deux vieilles filles de 52 et 54 ans, vivant ensemble aux environs de Paris, qui, à la suite d'ennuis d'argent, se mirent à faire un délire par interprétations. Les moindres gestes étaient dénaturés, transformés par elles : crachait-on sur leur passage, c'était pour leur témoigner du mépris ; les appelait-on « madame », c'était pour leur montrer qu'elles deviendraient enceintes ; et, en effet, les deux sœurs se croient enceintes.

De ces deux malades, l'une, intelligente, présente des interprétations si nombreuses qu'elle vit dans un monde imaginaire ; tout lui parait artificiel, illusoire. Elle a créé un véritable délire de fabulation avec idées de grandeur qu'elle a imposées à sa sœur. Celle-ci, en effet, est une débile qui accepte ce délire tout en faisant aussi des interprétations pour son propre compte. Il y a là effet évident de contagion mentale.

Les auteurs n'ont pas trouvé d'hallucinations de l'ouïe chez ces malades, mais de simples illusions. Ils insistent sur ce fait qu'il n'existe aucune réaction dangereuse, et que les interprétants ne sont pas toujours des persécutés-persécuteurs. Ici même les malades, résignées à leur sort, offrent des tendances mélancoliques (sitiophobie et mutisme intermittents).

Paralysie générale infantile. Présentation de pièces. — M. *Marchand*. — Fillette de onze ans, dont les antécédents héréditaires et permanents font défaut, offrait l'état mental et l'habitus extérieur d'une idiote ; l'examen des fonctions motrices décelait chez elle des symptômes identiques à ceux de la paralysie générale de l'adulte. En l'absence de renseignements, le diagnostic devenait délicat ; la faiblesse intellectuelle était-elle congénitale ou acquise ? Certaines particularités laissaient supposer que la malade avait atteint antérieurement un certain niveau intellectuel ; elle avait dû savoir se servir d'une fourchette et d'une cuillère, elle avait su marcher et parler. Macroscopiquement et microscopiquement, l'encéphale de cette enfant présentait des lésions diffuses de méningo-encéphalite subaiguë ; le cortex cérébral contenait des cellules pyramidales bien développées : cette dernière constatation permettrait d'affirmer que la malade avait acquis un certain développement intellectuel avant d'être atteinte de paralysie générale. Si les sujets atteints de paralysie générale arrivent à ressembler à des idiots congénitaux, c'est que les acquisitions intellectuelles sont d'autant moins fixées que la méningo-encéphalite subaiguë apparaît plus tôt. Ce cas est un de ceux dans lesquels le début de l'affection est survenu dans les premières années de la vie ; d'après certaines considérations, c'est vers l'âge de cinq ou six ans que l'affection a dû débuter.

Kyste des méninges chez un épileptique. Présentation de pièces. — M. *Bourilhet* présente l'encéphale d'un épileptique tardif (début à 38 ans). Le malade est mort à l'âge de 57 ans. Il n'y a pas d'antécédents névropathiques connus dans sa famille.

A l'autopsie, kyste séreux des méninges siégeant sur le bord sourcilier du lobe frontal droit.

Comme aucun indice ne permet de savoir à quelle date le kyste s'est développé, on reste dans l'incertitude au sujet des rapports possibles entre le kyste et l'épilepsie. On peut supposer d'autre part que certains troubles viscéraux (lésions hépatiques et rénales) ont joué un rôle dans le développement de la névrose.

Electrocution et troubles mentaux. — Drs A. *Marie* et *Benoit*. — Les auteurs présentent l'encéphale d'un paralytique mort après électrocution. Le traumatisme ne fut qu'un adjuvant. Les antécédents détaillés montrent la paralysie générale incipiens préalable et la parasyphilis (Wassermann positif).

Un autre sujet vivant électrocuté et non spécifique n'eut que la psychonévrose traumatique avec une décharge électrique bien plus violente.

Les cas antérieurement décrits comme paralysie générale par électrocution pourraient être rapprochés du premier cas cité.

II. Tumeur de la dure-mère et troubles mentaux. Présentation de pièces. — Dr *A. Marie*. — Il s'agit d'un vieil alcoolique entré après un ictus et ayant présenté une confusion démentielle progressive rapide sans troubles moteurs bien déterminés, malgré une tumeur de la grosseur du poing comprimant la zone rolandique droite (hématome de la dure-mère avec vacuoles ou grains de raisin, possibilité de kystes associés nécessitant un examen histologique ultérieur).

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er juillet 1909.

Lupus érythémateux symétrique et très étendu. — MM. *Danlos* et *Flandin*. — Il s'agit d'une malade présentant un lupus érythémateux qui occupe la face, le cou, la gouttière vertébrale et la région scapulaire, les membres inférieurs et le dos des mains. Ce lupus est remarquable par son étendue et sa symétrie presque parfaite. Il est à rapprocher des cas analogues présentés par M. Danlos. Toutefois chez cette malade, l'état général reste satisfaisant.

MM. *Danlos* et *Flandin* présentent, en second lieu, un homme, âgé de 35 ans, qui est porteur de lésions diverses d'aspect et très complexes : 1° sur la face, des cicatrices blanches et souples, occupant la base du nez et les régions voisines des joues ; douze à quatorze éléments ayant l'aspect de cancroïdes perlés ; des éléments plus petits, rougeâtres, semblent être de petits cancroïdes au début ; 2° à l'abdomen, au pli de l'aine, aux aisselles, dans la gouttière vertébrale, un aspect grenu de la peau rappelant par certains caractères le lichen plan, par d'autres, le xeroderma pigmentosum, par d'autres, la psorospermose folliculaire végétante, mais sans qu'il soit possible de s'arrêter à aucun de ces diagnostics. La lésion élémentaire semble être une papule jaune rougeâtre, légèrement translucide, qu'on ne peut ramener à aucun des types cliniques connus. Histologiquement, on constate qu'il s'agit, pour les éléments de la face et pour les autres, de lésions rentrant dans le groupe des épithéliomes ; mais les caractères histologiques sont aussi déconcertants que les caractères cliniques. M. Darier en fera un examen approfondi.

Ulcérations probablement tuberculeuses de la jambe et du pied. — MM. *Danlos* et *Flandin* montrent une malade âgée de

37 ans, présentant sur la plante et la face interne du pied droit et sur les régions antérieure, interne et externe de nombreuses ulcérations à bords serpigineux très décollés, à fond mou et bourgeonnant.

L'aspect clinique fait hésiter entre tuberculose et sporotrichose. L'examen histologique, après biopsie, montre des cellules géantes au centre de noyaux d'infiltration. Les cultures, sur différents milieux, ont été négatives au point de vue de la sporotrichose. La sporo-agglutination a été négative. Il s'agit vraisemblablement d'ulcères tuberculeux de forme rare.

Lichen plan atrophique. — M. ***Milian*** montre une malade atteinte de cette affection et, d'après l'étude minutieuse de ce cas, aboutit aux conclusions suivantes :

1° La lésion élémentaire du lichen plan atrophique est une atrophie cutanée péripilaire ; peut-être est-elle quelquefois précédée de varicosités capillaires, mais en tout cas, jamais de papule analogue au lichen plan.

2° La lésion anatomique est essentiellement une sclérose hyaline du tissu conjonctif avec diminution des fibres élastiques.

Il semble donc que cette maladie doive être rangée non pas dans la série des lichen plan, mais dans la série des atrophies cutanées primitives. L'appellation *leucodermie atrophique ponctuée* résume les principaux caractères cliniques de la maladie et paraît plus exacte que celle de lichen plan atrophique.

L'affection paraît de nature infectieuse. La tuberculose peut, peut-être, être invoquée.

La radiothérapie est capable de modifier considérablement et même de guérir cette affection.

Des rapports de l'ictère et du xanthome. — MM. ***de Beurmann*** et ***Guy Laroche***. — Les rapports de l'ictère et du xanthome ont été étudiés par ces auteurs à propos d'une très remarquable observation. Il s'agit d'une malade atteinte de coliques hépatiques anciennes et d'ictère chronique ayant débuté un an avant l'apparition d'un xanthome très étendu.

La malade, suivie pendant des années par Lejars, a été opérée trois fois et on a trouvé à chaque opération des lésions d'angiocholite calculeuse. L'autopsie n'a révélé aucune autre altération hépatique que celle de l'angio-cholite, avec rétention biliaire, constatée pendant la vie.

Ce cas infirme complètement la théorie du xanthome primitif, et en relisant les faits sur lesquels s'appuie cette théorie, on s'aperçoit qu'ils n'ont pas de valeur parce qu'il n'y a jamais eu d'examen histologique des soi-disant lésions xanthomateuses du foie.

Il faut donc admettre, comme le veulent les faits cliniques, que les xanthomes de la peau ne sont ni les conséquences d'une diathèse xanthomateuse hypothétique, ni les conséquences d'une lésion primitive spéciale du foie, supposée mais non prouvée, mais qu'ils sont une des nombreuses manifestations extérieures de l'état ictérique.

Cas de dystrophie congénitale des glandes de la peau avec hyperkératose simulant l'icthyose et kystes sébacés généralisés. — Mme le Dr ***Orleman Robinson*** (de New-York) présente un cas des plus intéressants. Il s'agit d'un malade atteint depuis l'enfance de troubles kératosiques des extrémités, de nodosités kystiques généralisées surtout abondantes au cuir chevelu, de pigmentations, de lésions leucoplasiques des muqueuses. L'évolution de la maladie s'est faite ainsi : hyperkératoses, puis nodosités et enfin pigmentations. L'étude histologique montre une hyperkératose des mains et de l'ostium folliculaire, des dilatations kystiques des glandes sébacées, quelques dilatations des glandes sudoripares. La cause primitive de ces dystrophies congénitales échappe, mais l'on peut supposer qu'il existe ou une altération fonctionnelle du système nerveux qui pourrait être expliquée, par l'alcoolisme du père, ou l'hérédo-syphilis dont le malade présente quelques stigmates.

M. ***Brocq*** rappelle qu'il a présenté, au mois de décembre dernier, une jeune fille portant des lésions hyperkératosiques des extrémités rappelant, en certains points, les lésions de ce malade. Ces cas doivent être rangés à côté de l'affection qui a été décrite sous le nom de maladie de Méléda.

Des troubles anesthésiques de la lèpre. — MM. ***de Beurmann*** et ***Vernes*** présentent une malade atteinte de lèpre tuberculeuse, chez laquelle, à la face et aux oreilles en particulier, on ne trouve pas d'anesthésie cutanée au niveau des lépromes. C'est le cinquième fait semblable observé depuis trois ans dans le service de M. de Beurmann (sur un nombre de malades forcément limité). Il faut donc admettre, d'une part, que si les anesthésies et les parésies consécutives à des lésions nerveuses ont une très grande valeur dans le diagnostic de la lèpre, d'autre part, les lépromes ne sont pas forcément anesthésiques comme on semble le croire, et que souvent même, lorsqu'ils ne siègent pas dans la zone d'un nerf atteint de névrite hansénienne, on ne trouve à leur niveau aucun trouble de sensibilité.

Lymphadénome diffus, à plasmazellen, de la voûte palatine et de la langue. — MM. ***Brocq, Pautrier, Fernet***. — Ce malade, âgé de 48 ans, a été soigné, depuis 1907, pour des lésions siégeant, à cette époque, uniquement sur la voûte palatine, la luette et les piliers, lésions qui s'étaient formées peu à peu, sans que le malade s'en aperçût. On trouvait dans toute cette région une infiltration considérable, lardacée, avec muqueuse rougeâtre, mais peu enflammée et légèrement douloureuse. On pensa à la syphilis, et une centaine de piqûres de biiodure furent faites sans résultat. Une biopsie ayant montré qu'il s'agissait de lymphadénome, on fit trois injections de calomel, puis des applications de radium. L'amélioration est manifeste.

La langue a commencé à être infiltrée à la fin de 1908. On trouve aujourd'hui une infiltration bosselée, surtout marquée à gauche, sans altération apparente de la muqueuse.

La biopsie montre, au niveau de la langue, comme au niveau de la voûte palatine, une infiltration diffuse en nappe, très dense, d'éléments cellulaires tassés dans un tissu conjonctif réticulé. Mais ces éléments cellulaires sont tous des plasmazellen. Il s'agit donc vraisemblablement de lymphadénome diffus à type de plasmazellen.

Tuberculides papulo-nécrotiques ayant simulé des lésions de prurigo infecté. — MM. ***Pautrier*** et ***Fernet***. — Enfant âgé de onze ans et demi, présentant des lésions de la face, des membres, des bras et des cuisses, survenues depuis un mois et simulant des lésions de prurigo infecté. Une intradermo-réaction a été positive et a déterminé une réaction au niveau des éléments eux-mêmes. Une biopsie, pratiquée, a révélé des lésions typiques de tuberculides papulo-nécrotiques.

Sporotrychose simulant la tuberculose de la face. — MM. ***Pautrier*** et ***Lutembacher*** font une communication du plus haut intérêt sur un nouveau cas de sporotrichose. La malade présentait au niveau de la face des lésions simulant en tout point un lupus tuberculeux. Cependant la rapidité d'évolution des lésions avait fait émettre l'hypothèse d'une sporotrichose. Le diagnostic a pu être fait, avant toute culture, par la sous-cutiréaction obtenue par l'injection d'un demi-centimètre cube de dilution de culture de sporotrichose dans du sérum stérilisé à 110°. La réaction locale a été manifeste. Le diagnostic a été confirmé, par la suite, par la culture positive. Quatorze malades témoins, atteints de dermatoses diverses, n'ont pas réagi dans des conditions analogues, tandis que sur un malade atteint de sporotrichose, la sous-cutiréaction a été également nettement positive.

Grâce à cette découverte, il existe donc un nouveau procédé sûr et rapide de dépister la sporotrichose.

Eczéma aréolaire du sein. — M. ***Queyrat*** montre une femme, qui, en dehors de symptômes de gale, de grossesse et d'allaitement, présente un eczéma aréolaire du sein. Le mamelon étant indemne et les bords de la lésion n'étant pas nettement limités, le diagnostic de maladie de Paget peut être écarté.

M. ***Queyrat*** présente un malade atteint de chancre redux, ayant apparu en dehors de tout rapport sexuel.

M. ***Lafay*** fait une communication sur la façon de rendre indolores les injections solubles de sels de mercure, par l'adjonction de saccharose.

P. Fernet.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE

Séance du 24 juin 1909

Epilepsie tardive et démence chez une femme atteinte d'angio-sarcome de la fosse cérébrale antérieure. — ***MM. L. Marchand*** et ***G. Petit***. — Une femme, à l'âge de 58 ans, présente,

trois ans après un traumatisme cranien, des accès épileptiques ; dans la suite, les crises convulsives, auxquelles se surajoutent des vertiges et des absences, des accès d'automatisme ambulatoire, deviennent de plus en plus fréquentes. A 64 ans, phénomènes de claudication intermittente ; à 65 ans début de l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles avec périodes alternatives d'agitation et de dépression.

La céphalalgie n'apparaît qu'à l'âge de 67 ans. La malade meurt d'asystolie à 68 ans. A l'autopsie, les auteurs trouvent un angio-sarcome de la fosse cérébrale antérieure comprimant et altérant les loges supra-orbitaires des lobes frontaux. Il est rare de voir une tumeur déterminer si peu de troubles permettant d'établir non seulement le siège de la tumeur, mais même le diagnostic de la tumeur elle-même. Comme succession de symptômes, il est intéressant de relever que les troubles psychiques n'ont débuté que sept ans après l'apparition de l'épilepsie ; il est probable que la tumeur s'est développée très lentement, comprimant d'abord les lobes frontaux, ne les ulcérant que beaucoup plus tard.

Présentation d'une aiguille à ponction lombaire. — *M. Roger Dupouy* présente à la Société une aiguille à ponction lombaire, véritable trocart, du même calibre que les aiguilles habituelles et dont l'embout porte une rainure destinée à empêcher le liquide obtenu de se perdre en bavant le long des parois. Cette aiguille, peu volumineuse et d'un maniement très simple, présente en outre sur divers types d'aiguilles habituellement employées l'avantage d'une plus grande rigidité.

Les encéphalites à cellules plasmatiques. — *MM. Klippel et Lhermitte.*— Les plasmazellen ne sauraient être considérées comme des éléments pathognomoniques de la paralysie générale.

Les auteurs ont rencontré l'infiltration de l'encéphale par les cellules plasmatiques dans les scléroses en plaques, l'encéphalite traumatique, la confusion mentale.

Psychose toxi-infectieuse d'origine tuberculeuse. — MM. *Séglas* et *Lhermitte.* — Etude anatomo-clinique d'un cas de psychose avec confusion mentale, excitation maniaque chez une jeune fille atteinte de broncho-pneumonie tuberculeuse. A l'autopsie, méningite hyperplastique, dégénérescence des cellules corticales du lobe frontal, infiltration périvasculaire par des macrophages pigmentaires, des lymphocytes.

Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive.— MM. *Deny* et *Merklen* présentent une malade atteinte de goitre exophtalmique et psychose maniaque dépressive.

Cette association, pour avoir été déjà souvent signalée, prête cependant à des discussions pathologiques qui sont loin d'être terminées. Dans le cas présent, l'existence d'un état constitutionnel d'excitation antérieure au goitre permet d éliminer l'idée d'une psychose thyroïdienne. La malade est une dégénérée, déséquilibrée émotive ; les deux états sont nés sur ce terrain prédisposé : chacun après un grand ébranlement nerveux. Il y a donc entre eux association et non causalité.

De plus, pendant les grossesses, ils se sont l'un et l'autre amendés ; aussi y a-t-il lieu de se demander si la fonction ovarienne n'est pas sans avoir sur eux quelque influence.

Etude du langage musical d'un musicien professionnel dément organique, par lésion circonscrite. — MM. *René Charpentier* et M. *Nathan.* — Le malade qui fait l'objet de cette communication est un dément organique typique, dont les auteurs ont étudié le langage musical. Ce musicien, encore chef d'orchestre, a oublié presque totalement les morceaux entendus ou joués par lui ; l'enquête a porté sur le répertoire d'opéra, de concert et même d'opérette. Cependant le goût musical persiste, et le malade écoute volontiers la musique, et la juge même assez bien.

La reconnaissance auditive des notes, la lecture de la musique, sont profondément troublées. De plus, la comparaison de ses essais actuels avec ses compositions antérieures permettent d'apprécier l'étendue du déficit. Les auteurs insistent sur la persistance relative de la science harmonique, dont le malade appliquerait les lois d'une façon automatique.

Incontinence d'urine et syndrome de débilité motrice. —M *Merklen* présente un enfant de 8 ans atteint d'énurésie dite essentielle. A l'examen du système neuro-musculaire, on voit que cet enfant présente certains signes du syndrome de débilité motrice (inhibition, attitudes cataleptoïdes des membres, paratonie, syncinésie, maladresse constitutionnelle), lié à une hypogénésie pyramidale et décrit par M. Dupré.

L'examen de nombreux enfants analogues a montré à l'auteur que plusieurs faits d'énurésie doivent être détachés du groupement de l'énurésie essentielle pour prendre place dans le cadre du syndrome de débilité motrice.

L'hypertonie de la musculature des membres se retrouve dans la musculature vésicale, d'où les mictions involontaires nocturnes ; on est donc en droit, à côté des autres énurésies, de décrire une énurésie hypogénésique.

Troubles intéressant la personnalité chez une malade atteinte de psychose périodique. — M. *Delmas* amène devant la Société une malade atteinte de psychose périodique à type circulaire et présentant en outre des conceptions délirantes portant surtout sur la personnalité ; ces conceptions délirantes semblent différer des troubles de la personnalité qu'on rencontre habituellement au cours des psychoses et être d'une interprétation psychologique difficile.

Un cas de chorée chronique.— M. *Dupré* et Mme *Long-Landy.* Un vieillard de 82 ans présente des mouvements choréiques généralisés depuis 4 ans, survenus à la suite d'un accident, le malade a été renversé par une bicyclette. Jusqu'à cet âge, 78 ans, il avait joui d'une santé parfaite et, ni dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, ni dans ses antécédents personnels on ne peut noter de trouble nerveux ou mental.

Les mouvements sont généralisés, analogues à ceux de la chorée de Sydenham, disparaissant pendant le sommeil, s'atténuant notablement au repos et s'exagérant quand on observe le sujet.

L'intégrité des facultés mentales est remarquable étant donnés l'âge du malade et la chorée ; on n'observe ni trouble de l'attention, ni trouble de la mémoire, pas même de la mémoire d'évocation visuelle. L'affectivité est normale, il n'y a qu'un peu d'irritabilité, suffisamment expliquée par l'âge du malade.

Il n'est pas possible de songer à une chorée de Shintington, en raison de l'absence de tout facteur héréditaire ou familial, du début si tardif de l'affection et de l'absence de troubles intellectuels.

D'autre part la notion du traumatisme comme condition étiologique, l'exagération des mouvements quand le sujet se sent observé, l'intégrité complète de l'activité mentale, font supposer qu'il s'agit d'une chorée chronique ou hystérique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 1er juillet.

Parathyroïdes et Parkinson. — M. *L. Alquier.* — Ces recherches sont basées sur 5 autopsies de parkinsoniennes mortes dans le service de M. le Pr Raymond, et sur l'essai d'opothérapie parathyroïdienne fait sur 6 malades suivis pendant un délai variant de 3 mois à 3 ans.

Des 5 malades autopsiées, 4 étaient des parkinsoniennes indiscutables ; la 5e présentait à l'autopsie des lacunes de désintégration situées dans les noyaux gris centraux, autour de la capsule interne et représente peut-être un mélange de pseudo-bulbaire et de maladie de Parkinson. Dans le nevraxe de ces 5 malades, on trouve de petites lacunes de désintégration périvasculaire dans la calotte du bulbe, avec intégrité des cellules des noyaux voisins, et une légère prolifération diffuse de la névralgie dans le bulbe et la moelle.

Dans les muscles examinés, lésions d'atrophie, avec vacuolisation ou division fibrillaire des faisceaux musculaires contenus dans certains fuseaux neuromusculaires. Les parathyroïdes, recherchées dans un de ces cas, étaient au nombre de 5, on y voit une assez grande quantité de vésicules graisseuses, et une seule sorte de cellules, petites, sans colloïde, tassées les unes contre les autres, la disposition en cordons n'est nette que par endroits. Cet aspect est l'inverse de ce qu'on observe chez le chien. dans les parathyroïdes laissées en place, après l'extirpation d'une ou

de plusieurs d'entre elles, mais il est actuellement difficile d'indiquer sa signification exacte.

Des 6 malades soumis à l'opothérapie parathyroïdienne, l'une a éprouvé une amélioration insignifiante, les autres ont eu une sédation marquée et persistante des douleurs, de l'insomnie et de la raideur, qui, dans un cas peu avancé, a disparu complètement en un mois environ.

Sarcome du bulbe. — M. ***E. Chabrol*** présente la pièce et les coupes histologiques. Il a étudié un cas analogue dans le service du Dr Klippel. Cette forme de tumeurs du bulbe est très rare ; sur 90 observations que l'auteur a pu réunir dans un travail antérieur, le sarcome ne se trouve que 15 fois mentionné.

Dr Gg. de Clérambault.
Médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE

Séance du 1er juillet.

A) **Etiologie de la fièvre typhoïde** (*Suite*). — M. ***Daussat*** étudie les critiques qu'on peut formuler aux deux théories qui résument d'une façon générale les conceptions actuelles des épidémiologistes sur l'étiologie de la dothiénentérie. Pour les premiers, il s'agit le plus souvent d'une hétéro-infection qui prend son origine dans la souillure extérieure ; pour les seconds, la fièvre typhoïde relèverait surtout d une auto-infection avec ses facteurs habituels (surmenage, alimentation défectueuse, influences climatériques, etc.). Ces deux théories sont bien exclusives l'une et l'autre. L'auteur passe en revue les lois en vertu desquels, d'après Sanarelli, Chantemesse et Ramond, Dopter, etc., se modifie la virulence des germes et de l'Eberth en particulier, non seulement chez les malades, mais encore chez les porteurs sains de bacilles ; il insiste sur les conditions de réceptivité de l'organisme pour un germe à virulence déterminée et il montre quel rôle important jouent les causes secondes susceptibles d'annihiler plus ou moins la défense leucocytaire et d'amoindrir la résistance des épithéliums et des humeurs. Les Kelsch, les Laveran, les L. Colin, avaient déjà depuis bientôt trente ans montré, au nom de l'observation et de la clinique qu'on ne saurait faire une étude sévère de l'étiologie des maladies infectieuses et principalement de la dothiénentérie sans y introduire en bonne place cette notion des causes secondes qui, dans la collectivité militaire, leur apparut une notion capitale. A ces maitres n'avait cependant pas échappé le rôle que jouait l'homme dans la contagion de la dothiénentérie. L'un d'eux ne disait-il pas dès 1878 : « Le principe de la fièvre typhoïde se révèle à chaque instant comme tellement humain qu'on ne peut guère le concevoir en dehors et indépendamment de l'homme ». L'homme malade ou convalescent est en effet semeur du contage ; mais quelle est la proportion des individus susceptibles de semer ainsi autour d'eux les germes de la fièvre typhoïde ? Quelle est sur l'ensemble des cas de dothiénentérie la proportion des cas dus manifestement à la contagion ? Ce sont là les questions auxquelles répond M. Daussat en dépouillant les travaux de Lentz, de Klinger, de Drigalski, de Kayser. L'auteur conclut qu'au point de vue théorique comme au point de vue de la prophylaxie on ne saurait admettre sans réserves les théories allemandes. C'est affaire au temps de démontrer si l'application pratique de ces théories dans l'armée est susceptible de donner des résultats féconds, car « ce serait faire preuve d'ingratitude que d'oublier les enseignements du passé ; ce serait manquer de prudence que d'admettre sans restriction les promesses modernes ».

M. ***Moty*** se félicite que la fièvre typhoïde soit depuis plusieurs années en décroissance marquée dans notre pays. Il y a des incertitudes, des lacunes considérables dans les notions que nous possédons sur l'étiologie de l'affection. Les causes de contagion sont permanentes et les épidémies intermittentes. Le facteur climatérique semble jouer un rôle primordial et l'auteur en donne des preuves puisées dans sa longue expérience des pays chauds.

M. ***Rouyer*** rapporte un cas de contagion d'un infirmier de laboratoire, après ingestion de pain probablement contaminé par des cultures d'Eberth.

M. ***Miramont de la Roquette*** cite en détail deux épidémies dues manifestement à la contagion par les mouches.

M. ***Lespinasse*** étudie, d'après une épidémie de 26 cas, le rôle favorisant que joue la grippe dans le développement de la dothiénentérie.

B) **Observations.** — M. ***Scherrer*** rapporte deux intéressantes observations complètes, documentées, de septicémie gonococcique et de septicémie streptococcique ; les deux cas suivis de mort et d'autopsie.

MM. ***Sieur*** et ***Moty*** citent des observations personnelles analogues : ils insistent sur la gravité exceptionnelle de ces formes et sur le bénéfice que dans certains cas les malades peuvent retirer d'une intervention chirurgicale précoce. A. Dejouany.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 2 juillet 1909.

A propos des attitudes vicieuses dans la tuberculose articulaire. — M. ***Dupuy de Frenelle*** attire l'attention sur les relations à établir entre les attitudes vicieuses, par contracture musculaire et le rhumatisme tuberculeux de Poncet. C'est un signe commun à toute une catégorie d'arthrites subaiguës qui n'entraîne pas le diagnostic de tumeur blanche avec tout son cortège thérapeutique chez l'adulte.

M. ***Judet.*** — La contracture musculaire persistante au niveau du genou aussi bien qu'au niveau de la hanche (en dehors, bien entendu, de toute affection du système nerveux) semble, chez l'enfant être en rapport avec une arthrite chronique presque toujours — pour ne pas dire toujours — tuberculeuse.

Chez l'adulte, la question est plus complexe, les observations d'arthrite sèche qui ont évolué vers la tumeur blanche secondairement semblent venir à l'appui des idées de Poncet.

M. ***Monnier*** présente un pelvi-support composé de deux parties : la têtière et le pelvi-support proprement dit.

La têtière est constituée par un plateau métallique capitonné supporté par une tige montant d'un socle en fonte. Sur son bord antérieur coulissent deux épaulières que l'on fixe devant les aisselles.

Elections. — MM. Ramonède, Lenoir, Ravanier, Menier, Mayet et Lance sont élus membres titulaires. Vincent, de Lyon, Gallois, de Lille, et Bouillet, de Béziers, sont élus membres correspondants.

ANALYSES

Démence rapide chez une épileptique à attaques rares; par MM. L. Marchand et H. Nouet. (*Société médico-psychologique*, 24 mai 1909.)

La démence qui survient chez certains épileptiques est quelquefois en rapport avec une augmentation évidente du nombre des accidents convulsifs ; dans d'autres cas, elle survient à un moment de la vie du sujet où les accidents épileptiques cessent complètement ou deviennent seulement plus rares ; dans ces derniers cas, on ne peut prétendre que les lésions corticales, substratum anatomique de la démence, ont été produites par les accès convulsifs. Les auteurs rapportent l'observation d'une femme, épileptique depuis l'âge de 18 ans, qui présente à l'âge de 26 ans un accès d'agitation avec négativisme, incohérence, logorrhée, impulsions violentes. Les crises comitiales, très fréquentes auparavant, deviennent plus rares. Après une légère amélioration, nouvel accès d agitation avec amaigrissement rapide et gâtisme ; l'affaiblissement intellectuel devient profond, la parole s'embarrasse et la malade meurt dans le coma ; l'*évolution de l affection n'a été que de six mois*. A l'autopsie, on constate des lésions de méningo-encéphalite chronique. Ce cas montre bien *qu'on ne doit pas attribuer un rôle prépondérant aux accidents convulsifs dans la pathogénie de la démence* qui apparait chez certains comitiaux.

La valeur thérapeutique de la méthode de Bier en otologie ; par le Dr Th. Heiman (de Varsovie). (*Annales des maladies de l'oreille, etc.* Paris 1909, n° 1).

Dans huit observations où la méthode de Bier a été expérimentée, les résultats n'ont guère été satisfaisants : dans six cas

d'otite moyenne suppurée, l'hyperémie artificielle n'a pas empêché les complications mastoïdiennes de se produire et d'évoluer ; dans la plupart des observations, le mal de tête gravatif a disparu après l'application de la méthode ; dans un cas, cependant, il a augmenté ; de plus ce procédé thérapeutique paraît dangereux lorsque la suppuration se prolonge ou quand l'injection est particulièrement virulente. De cette série de malades, TH. HEIMAU conclut que l'hyperémie semble donner de bons résultats dans les otites moyennes aiguës récentes et légères, surtout lorsqu'on pratique en même temps la paracentèse ; mais elle est contre-indiquée dans les otites purulentes graves et quand il y a le moindre soupçon de complication intracranienne. En somme, il vaut mieux s'abstenir.

A. R. SALAMO (de Paris).

Hémostase nasale préventive de l'hémorragie secondaire ; par le Dr E. ESCAT (de Toulouse). (*Archives intern. de laryngologie*, 1909, mai-juin, p.871.)

Après toute intervention endo-nasale, l'opérateur qui veut garantir son opéré d'une façon absolue contre l'hémorragie secondaire est obligé de faire un tamponnement postérieur : mais d'autre part on sait les multiples inconvénients de cette méthode, c'est pourquoi on a cherché divers procédés d'hémostase préventive. Le Dr Escat, au Penghawar, préfère la cautérisation, soit au perchlorure de fer officinal, soit à l'alcool, soit enfin à la solution alcoolique de tanin à 1/3.

Voici la façon de procéder : l'opération endo-nasale terminée, si les surfaces opératoires ischémiées par l'adrénaline sont exsangues, il applique immédiatement le perchlorure ; si au contraire le sang ruisselle, même en nappe modérée, il applique sur les surfaces une nappe d'ouate imbibée de la solution de cocaïne 1/10 et d'adrénaline à 1/2000 jusqu'à ce que l'hémostase soit absolue. A ce moment seulement, après avoir consciencieusement asséché la cavité nasale, il badigeonne la surface opératoire avec un très petit pinceau d'ouate hydrophile extrêmement serré et imbibé de solution officinale de perchlorure. Le tampon doit être bien exprimé, de façon à ce que le médicament ne puisse ruisseler sous la cavité nasale. Celle ci étant exsangue il ne se forme pas de caillots. Sous l'action du perchlorure, les surfaces se colorent immédiatement en jaune brun. Lorsque, sous l'action de frottement, une fine artériole revient s'ouvrir, on voit perler, sur le fond jauni de la surface, une goutte de sang, sur laquelle le tampon est aussitôt appliqué et maintenu quelques instants. Grâce à ce procédé, le tamponnement nasal post-opératoire est en quelque sorte exceptionnel.

Mais Escat s'est souvenu de la fort mauvaise réputation du perchlorure de fer ; il propose donc de lui substituer, si on a pour lui une trop grande répugnance, soit le tanin en solution alcoolique à 1/3 : dans ce cas, on ne fait pas de badigeonnage ; on applique sur la plaie une lame d'ouate imbibée de liquide, qu'on laisse en place un quart d'heure ; au bout de ce temps, on enlève l'ouate et on insuffle de l'ektogan ; cette pratique très simple donnerait aussi d'excellents résultats.

A. R. SALAMO (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Pourquoi l'avortement précoce (embryonexie) doit être médicalement libre ; par le Dr COURTAULT. Broch. in-8° (2e édition). Prix : 1 franc. (Chez MALOINE, édit., 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

En présence du bruit, en sens divers, fait autour de cette réponse si hardie — trop catégorique même, pour d'aucuns, attendue depuis longtemps par d'autres — au referendum sans issue de la *Chronique Médicale*, sur l'abrogation de l article 317 du Code pénal et la liberté de l'avortement, l'auteur, pour satisfaire aux demandes du dehors, vient d'en donner une seconde édition, soigneusement revue, expurgée et complétée.

Que l'avortement soit une plaie sociale, personne n'en disconvient. Dans son énergique plaidoyer, le Dr COURTAULT demontre nettement et superabondamment que ce mal, qui fut de tous les temps et sévit dans tous les lieux, étant un mal imprescriptible, sinon nécessaire, doit, conséquemment, être classé, réglementé plutôt que conspué, persécuté, exaspéré, afin qu'il devienne « un moindre danger social, un moindre désordre moral et un moindre scandale religieux ».

Pensant avoir trouvé la bonne formule, il la donne, après l'avoir longuement motivée. Il se défend d'avoir voulu dire, ou demander autre chose, et on ne saurait lui savoir mauvais gré de faire étalage, dans cet écrit loyal, tout vibrant de pitoyable humanité, de cette sorte de courage, plutôt rare de nos jours, le courage de son opinion !...

Principe de thérapeutique raisonnée et pratique ; par A. MANQUAT, correspondant national de l'Académie de médecine, médecin consultant à Nice. (1 vol. in-4 de 368 p. ; chez Maloine, éditeur, 1909.)

L'auteur nous a habitués depuis longtemps à des aperçus toujours solides et intéressants sur la thérapeutique générale et raisonnée.

Le présent ouvrage est dédié aux jeunes médecins, avec le dessein de les éclairer le plus possible au milieu de l'encombrement thérapeutique, comme aussi de renforcer les études de cette science.

On y peut lire et méditer les phases de l'*histoire de la thérapeutique*, l'*opportunité médicamenteuse*, les *éléments de l'individualisation thérapeutique*, l'*intolérance médicamenteuse*.

On y lira l'influence du milieu (gardes-malades, médecins, etc.) sur les *résultats thérapeutiques*, ainsi que les *causes de variations de l'activité thérapeutique*. Enfin le livre de M. Manquat se termine par une nomenclature bien construite des principaux médicaments. C.

Oto-Rhino-Laryngologie ; par les Drs CASTEX, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, et F. LUBET-BARBON, ancien interne des hôpitaux de Paris. (J.B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce traité d'oto-rhino-laryngologie est dû à deux des maîtres spécialistes parisiens les plus estimés : le Dr CASTEX, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris, et le Dr LUBET-BARBON.

Le Dr CASTEX s'est chargé de la rhinologie et de l'otologie.

Il fait d'abord l'exposé des maladies des fosses nasales, malformations, corps étrangers, rhinites, catarrhe, rhinorrhée, épistaxis, syphilis, tuberculose. Les tumeurs adénoïdes du rhinopharynx font l'objet d'une longue étude. Les affections des cavités annexes des fosses nasales, sinus maxillaire, sphénoïdal frontaux, cellules ethmoïdales, les sinusites en particulier son beaucoup mieux connues depuis quelques années et sont exposées d'après les recherches les plus nouvelles.

En otologie, ce sont les maladies de l'oreille moyenne, en particulier les suppurations, qui ont donné lieu au plus grand nombre de travaux intéressants pendant ces années. Après un exposé des procédés actuels d'examen de l'oreille, M. CASTEX expose successivement les malformations, les maladies du pavillon, de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de l'oreille moyenne, les infections des sinus, les maladies de l'apophyse mastoïde, de la trompe d'Eustache, la syphilis et les névroses de l'oreille. Il termine par la surdité et la surdi-mutité.

L'exposé de la laryngologie actuelle faite par M. LUBET-BARBON est particulièrement intéressant. C'est une mise au point claire t précise de la pathologie et de la technique chirurgicale des opérations du larynx et de la trachée. Puis il expose : 1° les traumatismes : contusions, plaies, fractures, brûlures, corps étrangers ; 2° les maladies inflammatoires : abcès, rétrécissements, fistules, tuberculose, lupus ; 3° les tumeurs. Il termine par la technique des principales opérations sur le larynx : laryngotomie, thyrotomie, trachéotomie, laryngocytomie et tubage.

Plus de 200 figures illustrent ce Traité où sont exposées en 600 pages les données les plus nouvelles sur l'Oto-Rhino-Laryngologie.

Ce volume est publié dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* des professeurs LE DENTU et DELBET. H. BOURGEOIS.



TRAVAUX ORIGINAUX

Fièvre typhoïde et opsonines.

Sérothérapie antityphique et opsonines (1) ;

Par J. MILHIT

Ancien Interne des hôpitaux de Paris,

(Travail du laboratoire de M. le Professeur Chantemesse à l'hôpital du Bastion 29)

La fièvre typhoïde, à l'heure actuelle, grâce aux enseignements fournis par l'hémoculture, ne se présente plus uniquement à l'esprit du clinicien et du bactériologiste comme une infection à localisation intestinale primitive et définitive : elle apparait de plus en plus comme une véritable septicémie, septicémie à bacilles d'Eberth, retentissant secondairement sur le tube intestinal par voie sanguine d'abord, par voie descendante (canaux biliaires) ensuite, les germes pullulant avec une extrême rapidité dans la vésicule biliaire : elle est donc le type des infections généralisées, retentissant sur tous les organes, susceptible de provoquer dans l'économie une réponse générale de toutes les substances (antitoxines, anticorps) propres à s'opposer à l'invasion microbienne.

Dans un travail précédent (1), il a été question de la spécificité des opsonines et de l'existence d'un diagnostic opsonique au cours de la dothiénentérie.

Dans l'étude qui va suivre, il ne sera question que des variations présentées par les opsonines *au cours* de la fièvre typhoïde, et à l'occasion de certains incidents de cette fièvre (hémorragies intestinales, perforations intestinales, reprises, rechute).

Mais l'intérêt de ces recherches résidera surtout dans ce fait que ces variations ont été étudiées dans deux catégories toutes différentes de fièvre typhoïde : d'une part des malades traités simplement *par les bains froids* et d'autre part des malades traités par le *sérum de M. Chantemesse.*

De la comparaison des variations de la valeur de l'indice, nous essayerons de tirer quelques conclusions en vue d'expliquer le mécanisme intime de l'action de la *sérothérapie antityphique.*

Fièvre typhoïde traitée par les bains froids sans sérum et évoluant sans complications.

La courbe suivante (2) n° 1 représente les variations de l'indice opsonique au cours d'une forme moyenne.

Nous avons fréquemment retrouvé des variations analogues ; aussi cette courbe nous parait-elle représenter assez exactement le schéma de l'indice opsonique au cours d'une fièvre typhoïde normale, évoluant sans complication :

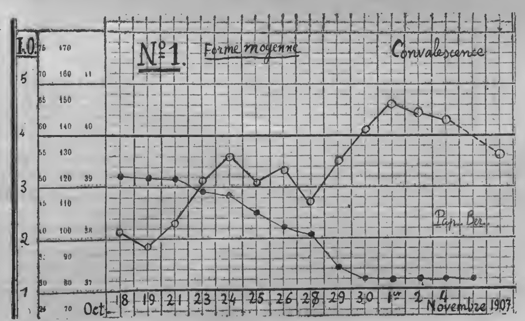


FIG. 1.

Ainsi, après avoir mis en évidence dans le sérum des typhiques la présence d'agglutinines spécifiques, M. Widal a-t-il pu, avec M. Le Sourd, par l'application du procédé de la déviation du complément, révéler dans ces mêmes sérums l'existence de sensibilisatrice spécifique.

De même, en ce qui concerne les opsonines, la fièvre typhoïde offre t-elle un merveilleux champ d'études.

Sans discuter la question théorique de savoir si les opsonines se rapprochent (au point de leur ressembler absolument), des *stimulines*, du *complément*, ou des sensibilisatrices, il était intéressant d'étudier, à l'aide de la méthode de Wright, ce que devenaient le pouvoir opsonique, l'indice opsonique au cours de la fièvre typhoïde.

La valeur de l'indice s'élève *petit à petit* pendant toute la période fébrile, un peu plus au moment où la température commence à baisser.

Pendant que la température oscille entre 37°5 et 38°5, la valeur de l'indice subit quelques fluctuations : c'est, si l'on veut, le stade amphibole de cette valeur. Puis, au moment où la température tend vers 37°, c'est-à-dire où la guérison s'installe, l'indice reprend sa progression, atteint à ce moment sa plus haute valeur et décroît très lentement pendant la convalescence tout en conservant cependant une valeur assez élevée.

Cette courbe est fréquemment modifiée par l'apparition de complications. Dans une de nos observations, il s'agissait d'un homme très solidement bâti (Kl. Fr.) qui fit une fièvre typhoïde d'allure moyenne, mais très prolongée, traduisant une septicémie éberthienne persistante (culture du sang positive plus *d'un mois* après le début de l'affection). L'indice opsonique atteignit une valeur énorme (5,20), à l'occasion de complications pleuro-pulmonaires (pleurésie à bac. d'Eberth) sans élévation notable

(1) Les *opsonines* sont des substances solubles contenues dans les sérums normaux et les immun-sérums, qui ont la propriété de favoriser, d'exalter la phagocytose ; le *pouvoir opsonique* d'un sérum est la mesure de l'impulsion donnée à des leucocytes en vue de la phagocytose par le sérum en question.

L'indice opsonique est un *rapport* : rapport du pouvoir opsonique du sérum à étudier comparé au pouvoir opsonique d'un sérum normal.

La mesure de ce pouvoir opsonique a été effectuée à l'aide de la méthode de Wright telle qu'elle nous fut enseignée à l'Institut Pasteur par M. Levaditi, à l'amabilité duquel nous nous plaisons à rendre hommage et telle qu'elle a été déjà exposée à plusieurs reprises par M. Levaditi (*C. R. soc. biologie*, 1907 ; *Presse médicale*, 1907) et Jousset (*Bulletin médical*, mai 1907).

(1) J. MILHIT. — Spécificité des opsonines. Diagnostic opsonique dans la fièvre typhoïde. *Arch. de Méd.*, exp. n° 4 juillet 1908.

(2) Sur les courbes qui vont suivre nous avons fait figurer en *traits pleins* les températures : cette température représente la moyenne des 8 températures prises pendant les 24 heures correspondantes.

La courbe de *l'indice* est représentée par des cercles reliés par des traits pleins.

de température. Nouvelle élévation de cet indice à l'occasion d'une périostite du tibia gauche et persistance longue de cet indice très élevé (4,10). Nous sommes en droit de nous demander si la valeur énorme de cet indice, un des plus forts observés, ne relève pas précisément de cette septicémie éberthienne ou de ces diverses localisations éberthiennes, qui ont pu devenir le point de départ d'une série d inoculations successives provoquant la formation de nouvelles opsonines.

Par contre, une autre de nos malades (Deliz), présentant une complication pulmonaire (infarctus pulmonaire avec élévation

Alors, ici la courbe répond bien au schéma que Hektoen, Clark et Simonds ont indiqué comme le plus fréquent dans la fièvre typhoïde.

Les courbes suivantes (nos 3 et 4) représentent des formes de moyenne intensité, plutôt traînantes, sans grande réaction fébrile, évoluant chez 2 enfants.

Elles indiquent une importance médiocre des modifications de l'indice opsonique et permettent de constater une valeur générale faible de cet indice au cours de la fièvre typhoïde des enfants.

Reprise au cours d'une fièvre typhoïde.

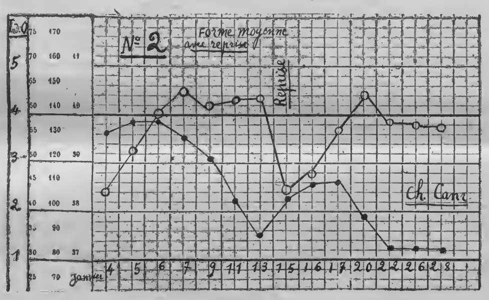


Fig. 2.

très intense de la température) eut au contraire, à la suite de cette complication, un indice opsonique très abaissé (2,80 — 1,70).

Dans la forme précédente, il s'agissait de complications de nature éberthienne réalisant sans doute des inoculations successives ; ici, de germes infectieux secondaires, impropres à provoquer l'apparition d'opsonines spécifiques.

Empiétant un peu sur des discussions qui trouveront ailleurs leur place, signalons cependant dans ce cas l'ascension de la valeur de l'indice avant l'apparition de l'agglutination et au contraire la chute de cet indice alors que l'agglutination est très forte (séro négatif, indice pour l'Eberth : 2,80).

M. Gaudeau, étudiant le pouvoir hémolytique du sérum des enfants, signale également un pouvoir hémolytique plus faible chez l'enfant que chez l'adulte.

Maintenant que nous connaissons quelque peu les variations de l'indice opsonique au cours des fièvres typhoïdes traitées par les bains, *sans sérum*, nous pouvons commencer l'étude comparative de celles constatées chez les malades soumis à la sérothérapie antityphique : ces observations nous permettront : 1° de contrôler l'effet du sérum antityphique et d'en interpréter l'action ; 2° de signaler d'autres particularités relatives à l'indice opsonique survenant au cours de l'évolution de la fièvre typhoïde.

Indice opsonique et fièvre typhoïde chez l'enfant.

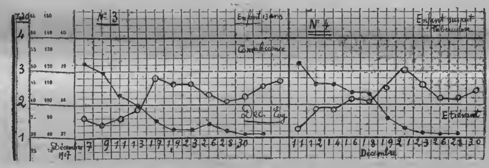


Fig. 3.

Chez un autre malade (Gov... Cl..) nous avons successivement observé 2 reprises avec 2 variations de l'indice (diminution très notable de cette valeur) qui ont été absolument parallèles aux variations de la température (2,60 — 1,50) (3 — 1,70).

Au moment de la convalescence, la valeur de l'indice s'élève assez franchement ; cependant, cette ascension peut ne pas se produire et nous avons pu faire un certain nombre de fois cette constatation.

Une particularité intéressante des variations de cet indice s'observe à l'occasion des reprises, au cours de la fièvre typhoïde. La courbe n° 2 nous en fournit un bel exemple :

Valeur de l'indice opsonique dans les fièvres typhoïdes traitées par le sérum antityphique de M. Chantemesse.

Parmi les nombreux malades chez lesquels nous avons recherché la valeur de l'indice opsonique, nous avons choisi, pour en rapporter la courbe, ceux qui nous ont paru individualiser le mieux certains types le plus souvent rencontrés.

Il va sans dire que nous n'avons nullement la prétention d'enfermer dans une formule unique les variations que peut subir l'indice opsonique au cours d'une fièvre typhoïde. Quelques variations *intermittentes* et *passagères* peuvent se produire ;

elles coïncident parfois avec une poussée fébrile, due soit à une nouvelle réinoculation par le bacille d'Eberth, soit à l'apparition de troubles gastro-intestinaux dont le retentissement sur les opsonines est considérable, etc. ; parfois ces variations passagères seront inexplicables, qu'il s'agisse, ce qu'il est difficile d'apprécier, de surproduction d'opsonines ou de destruction plus considérable de ces opsonines.

Ces indices élevés se maintiennent longtemps tels et ne s'observent guère aussi élevés que dans ces formes bénignes.

II. — *Formes moyennes.* — Intermédiaires aux formes bénignes et aux formes graves, se placent les formes moyennes, bien représentées comme modifications des valeurs de l'indice par la courbe n° 5.

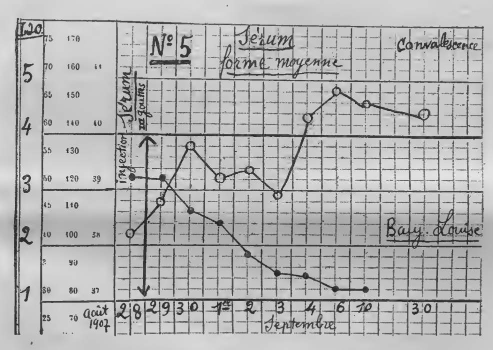


Fig. 4.

Ce qui importe d'ailleurs, c'est l'ensemble de la courbe, et spécialement quelques *variations constantes*, qui, en raison même de cette constance, acquièrent une certaine valeur.

Il est possible d'individualiser une série de types, suivant la *forme* de la *fièvre typhoïde*.

I. — *Formes bénignes.* — Un type des variations de l'indice que nous avons souvent rencontré et qui paraît assez constant, est

La deuxième partie de la courbe rappelle parfaitement la fin de la courbe des formes légères.

Le début de la courbe, avec élévation assez rapide de la valeur de l'indice, se rapproche, nous le verrons, de celle des formes graves.

III. — *Formes graves.* — Il est plus difficile de bien schématiser la courbe de l'indice dans les formes graves où se rencon-

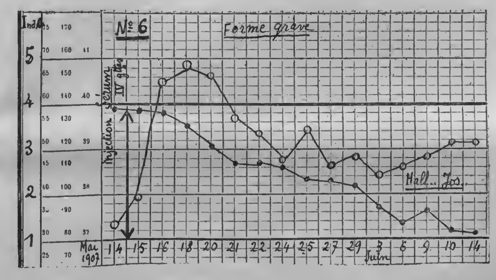


Fig 5.

celui que l'on observe dans des fièvres typhoïdes assez franches d'allure au début, qui tournent court, et guérissent rapidement, durant au plus trois semaines.

Dans ces cas, la valeur de l'indice, après l'injection de sérum, s'élève progressivement d'abord, pendant quelques jours, puis s'accroît tout à coup *brusquement* au moment où la température, au contraire, s'abaisse, pour atteindre des valeurs très élevées au moment de l'apyrexie et de la convalescence.

trent de multiples causes susceptibles de l'influencer et de modifier un peu son allure générale. Nous avons reproduit dans le tableau n° 6 la courbe qui nous a paru traduire le plus fidèlement l'ensemble des variations observées.

Elévation *brusque* de la valeur de l'indice, à la *suite* de l'*injection de sérum*, élévation *très rapide* et très *considérable* qui persiste 6 à 8 jours, puis série d'oscillations, correspondant au stade amphibole et nouvelle petite élévation de la valeur de cet in-

dice au moment de la convalescence, ou tout au moins persistance *longue* d'un indice relativement élevé.

Cette courbe générale peut être très notablement influencée, comme nous avons pu souvent le constater au cours de nos recherches, par des phénomènes gastro-intestinaux, diarrhée en particulier (courbe n° 7), agissant peut être secondairement par concentration sanguine et par des phénomènes d'ordre nerveux, délire, excitation, dont l'action sur les opsonines nous paraît difficile à expliquer. Nous arrivons à ces conclusions sur le rôle des phénomènes nerveux en nous basant sur l'observation suivante .

Il s'agissait d'une femme (Tol. Mar) qui, durant toute l'évolution de sa fièvre typhoïde, présenta des phénomènes nerveux extrêmement graves, délire, agitation extrême, suivis de démence ayant persisté six mois : l'indice opsonique de cette malade fut extrêmement irrégulier et variable pendant toute l'évolution de sa fièvre. Quelles que fussent les précautions prises dans la manipulation, les leucocytes employés étaient toujours attaqués, dégénérés, « vacuolisés » chaque fois qu'on les mettait en contact avec le sérum de cette malade. Pareil fait se rencontre quelquefois pendant 2 ou 3 jours chez un malade, mais ne persiste jamais aussi longtemps.

Lorsqu'il se présente, le résultat obtenu ne peut être tenu comme très conforme à la réalité. Il est néanmoins à signaler, car dans ce cas, on est en droit de se demander s'il n'existait pas justement dans le sang de cette malade une substance qui, susceptible d'altérer *in vitro* les globules blancs, le fut bien plus encore d'altérer les cellules du cerveau, ce qui expliquerait l'intensité et la persistance des troubles cérébraux constatés.

Ces phénomènes de vacuolisation, de dégénérescence des leucocytes sous l'influence de certains sérums, ont déjà été signalés depuis longtemps par Wright et tous ceux qui s'occupent d'opsonisation. Ces auteurs n'ont pas cherché à donner l'explication de ce phénomène, se contentant de le signaler parmi les causes d'erreur possibles, survenant au cours de la manipulation.

Nous nous demandons s'il ne s'agit pas là de phénomènes analogues à ceux décrits par Eisenberg de Cracovie. («Les leucocidines chez les anaérobies ». *Ann. de l'Institut Pasteur*, mai 1908.)

Parmi les autres variations intéressantes fournies par l'étude de ces courbes, il en est deux qu'il faut signaler, ce sont les variations qui accompagnent les reprises de la fièvre et celles qui accompagnent les rechutes.

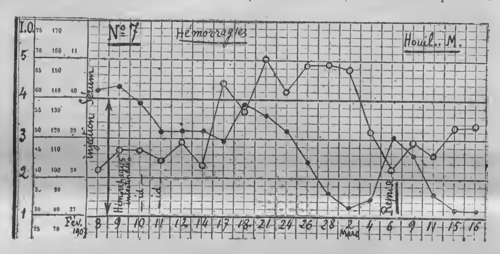


Fig. 6.

Sur la courbe n° 3 (forme grave, compliquée d'abcès multiples), nous voyons deux reprises de la température s'accompagner très exactement chaque fois d'une chute de la valeur de l'indice (même fait sur la courbe n° 2). En étudiant la fièvre typhoïde expérimentale et surtout la bactériothérapie à l'aide des vaccins de Wright, nous avons vu que l'inoculation du germe en expérience était suivie d'un abaissement de la valeur de l'*indice* pouvant aller quelquefois au dessous de 1. C'est ce que Wright appelle la *phase négative*. Sans essayer d'expliquer le mécanisme intime de ce phénomène, on peut le rapprocher de celui constaté dans les reprises, celles-ci traduisant sans aucun doute une nouvelle réinfection. A cette « auto-réinoculation », l'organisme répond par une « phase négative » relative, comme dans le cas d'infection expérimentale ou de vaccination.

Indice opsonique et reprises dans la fièvre typhoïde

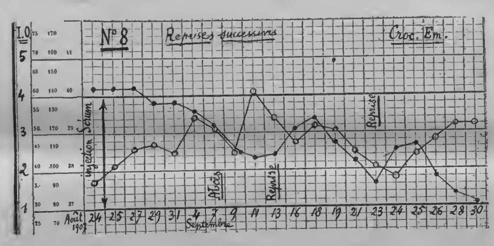


Fig. 7.

Rechute et indice opsonique.

Dans le même ordre de faits, rentre la constatation, non moins intéressante que nous trouvons indiquée sur le tableau n° 9.

Il s'agit d'un malade ayant évolué suivant la forme bénigne. Il est guéri, apyrétique depuis trois jours avec un indice de 3,50;

il est au pavillon des convalescents. Or, le 18 octobre, la valeur de son indice passe de 3,50 à 1.90, et le soir même, ce malade fait une rechute qui se comporte d'une manière générale comme une forme moyenne.

Cette chute de l'indice traduit la réinfection de l'organisme. Ces deux constatations, vérifiées à plusieurs reprises, nous paraissent être l'une des particularités les plus constantes des modifications subies par l'indice opsonique au cours de la fièvre typhoïde.

Indice opsonique et perforations intestinales

Une modification constante également et du plus haut intérêt est celle que subit cet indice au cours des péritonites par perforation intestinale. Nous avons pu en réunir 4 cas, avec courbe complète de l'indice opsonique.

La courbe n° 10 représente les variations de l'indice chez une femme atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, extrêmement hypertoxique, évoluant tout d'abord suivant le schéma que nous connaissons de la forme grave.

Le 19 septembre l'indice est 3.90.— Le 21, coïncidant avec l'apparition d'une douleur de ventre, l'indice s'est abaissé brusquement à 2,1. Le lendemain, la malade étant en péritonite, cet indice atteint presque 1. Il se relève un peu jusqu'au moment de la mort mais ne dépasse pas 2,20.

Les courbes nos 11, 12, 13 rééditent en quelque sorte le schéma précédent.

Dans l'observation représentée par la courbe n° 11, la maladie s'annonçait comme devant évoluer suivant le type grave, quand, coïncidant avec une douleur abdominale et des symptômes de péritonite, l'indice s'abaissa à 0,90, pour se relever petit à petit jusqu'à la mort, sans dépasser toutefois 1,30.

Dans les 2 obs. nos 12 et 13, nous retrouvons ce même abaissement de valeur de l'indice, coïncidant avec le début de la péritonite : 0,80 dans un cas, 0,60 dans l'autre.

Le malade de l'observation n° 13 eut après sa perforation une survie assez longue : 10 jours. L'indice suivi tous les jours ne s'éleva pas au-delà de 1,60.

Nous croyons pouvoir rapprocher de ces faits l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, entrant à l'hôpital avec un indice qui est une rareté au début de la fièvre typhoïde : 0,90. Il se plaignait à ce moment déjà de douleurs abdominales. Peut-être avait-il fait chez lui une ébauche de péritonite par propagation ?

Quoi qu'il en soit, après l'*injection de sérum*, son indice se *relève assez rapidement* et atteint 3,40. A ce moment se déclarent des phénomènes nets de perforation ; douleurs de ventre violentes, vomissements, disparition de la matité hépatique et chute brusque de l'indice à 1,20.

Ce petit malade ne fut pas opéré ; il reçut de fréquentes injections de *nucléinate de soude*, dont l'action sur le péritoine, l'épiploon, la leucocytose, est à l'heure actuelle parfaitement reconnue, et il guérit lentement, mais totalement.

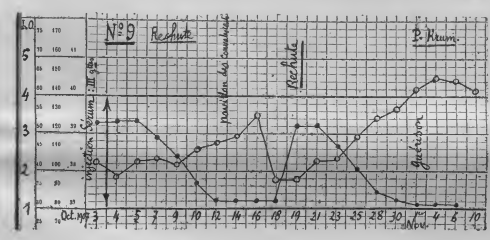


Fig. 8.

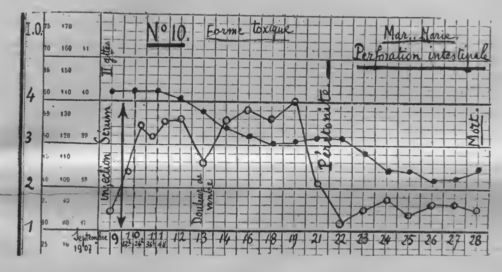


Fig. 9.

La valeur de son indice opsonique ne s'est pourtant jamais élevée au-delà de 1,40, même en pleine convalescence

En résumé, il nous semble très légitime de signaler cette chute brusque, brutale même, de l'indice opsonique, accompagnant le début de la réaction péritonéale, au cours d'une péritonite par propagation, ou consécutive à une perforation intestinale. Cet abaissement, coïncidant avec des symptômes de péritonite, atteignant 1 ou inférieur à 1, nous paraît être de la plus haute valeur et tout à fait digne d'être signalé.

S'il persiste, il acquiert une valeur diagnostique considérable. En cas de doute, chez des typhiques accusant des douleurs

abdominales et chez lesquels on se demandait s'il y avait ou non perforation intestinale, nous avons souvent cherché la valeur de l'indice opsonique. Nous ne l'avons jamais trouvé abaissée lorsqu'il s'agisait de coliques intestinales, contractions douloureuses, etc. Aussi croyons-nous pouvoir ajouter cette modification de valeur de l'indice opsonique aux signes connus de péritonite dans la fièvre typhoïde. Nous ne disons pas signe de certitude absolue, mais symptôme de la plus haute valeur, qui vient renforcer ce que l'examen clinique, la numération des leucocytes, etc., permettent déjà de constater.

Pouvons-nous essayer d'expliquer le pathogénie de cette disparition des opsonines au cours de la perforation intestinale ?

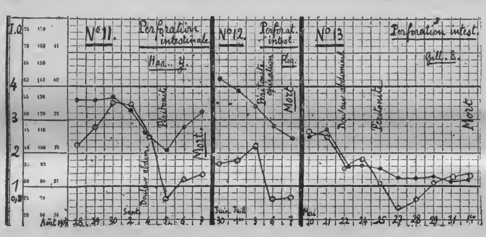


Fig. 10.

Nous en serions réduits à de pures hypothèses ; aussi préférons-nous ne pas insister et nous contenter du fait pratique incontestable que nous venons de signaler.

Indice opsonique et hémorragies intestinales.

Les hémorragies intestinales ne nous paraissent pas influencer ni immédiatement, ni quelques heures plus tard, la valeur de l'indice opsonique, ni la courbe générale de cet indice. Nous ferons seulement la réserve suivante : dès que se déclaraient ces hémorragies intestinales, nos malades absorbaient du chlorure de calcium ; or nous avons signalé dans un autre travail

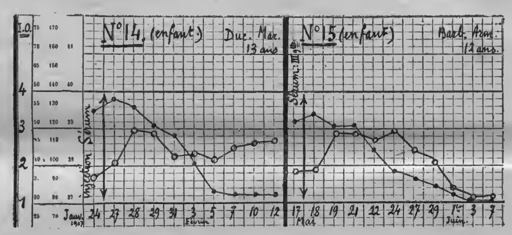


Fig. 11.

l'action favorisante, à notre avis (contrairement à l'opinion d'Hektoën) des sels de calcium sur le mécanisme de l'opsonisation (1), et nous nous demandons si le chlorure de calcium absorbé par le malade ne vient pas un peu modifier l'état des opsonines. Toutefois des saignées abondantes, chez nos animaux inoculés, n'ont jamais abaissé la valeur de l'indice, tandis qu'elles faisaient diminuer notablement les agglutinines.

Indice opsonique et fièvre typhoïde des enfants.

Nous avons réservé un chapitre spécial aux variations de l'indice opsonique dans les fièvres typhoïdes des enfants, parce qu'il nous a semblé que les enfants avaient des réactions opsoniques moins considérables, des oscillations de valeurs de l'indice moins importantes, moins constantes surtout que celles de l'adulte.

C'est ce dont on peut se rendre compte par l'examen de la courbe n° 14, qui reproduit exactement, mais avec des valeurs moins élevées, les détails de la courbe de la forme moyenne de l'adulte.

Parfois la courbe peut revêtir une allure spéciale, comme c'est le cas de la courbe n° 15. Il est vrai que chez ce petit malade on était en droit de suspecter un terrain bacillaire.

Malgré cette restriction, si l'on se reporte aux courbes 3 et 4, au début de la courbe n° 12, on est bien forcé d'admettre que chez les enfants, les phénomènes d'opsonisation sont moins importants que chez l'adulte.

Nous avons d'ailleurs souvent vérifié ce fait en mesurant les indices opsoniques chez d'autres enfants atteints de fièvre typhoïde, soit au début de leur fièvre, soit au milieu, soit au moment de la convalescence, et bien souvent nous avons trouvé chez eux des valeurs très minimes de l'indice opsonique.

Si l'on oppose cette constatation au fait clinique que l'enfant se défend merveilleusement contre la fièvre typhoïde, doit-on en conclure que les opsonines ne jouent qu'un rôle très effacé dans la lutte de l'organisme contre l'infection ?

Nous croyons plutôt que l'enfant, pour se défendre, fait appel à des organes neufs, dont les actions anti-toxiques sont plus vives que celles de l'adulte : ses capsules surrénales, son foie, sa rate, son corps thyroïde, luttent plus activement que ceux de l'adulte, et surtout ces organes ont eu moins d'occasions d'être touchés par les tares morbides, de sorte qu'il suffit à leur organisme, pour résister, d'un minimum de substances intermédiaires entre le leucocyte et le bacille, dans le cas particulier, d'un minimum d'opsonines.

Telles sont donc, au cours de la fièvre typhoïde, les principales

(1) J. Milhit. — Influences de quelques substances sur le mécanisme de l'opsonisation. *Progrès Médical*, juin 1908.

variations de l'indice opsonique. Schématiquement, on peut résumer tout ce qui précède de la manière suivante :

Dans les formes graves, l'indice opsonique s'élève de 1.50 à 4 pendant toute la période d'état, *lentement* dans les formes non traitées par le sérum, *brusquement* et *rapidement*, au contraire, chez les malades inoculés, puis il s'abaisse à 2.30 au moment du stade amphibole ; pendant cette période, il subit quelques variations, quelques oscillations, puis au moment où le malade guérit, où la fièvre tombe, il s'élève à nouveau, pour atteindre 3,50, environ, au moment de la convalescence.

Dans les formes bénignes, l'ascension du début est à peine marquée, et assez brusquement au moment de la guérison, la valeur de cet indice s'élève, atteignant 4, 4,50.

Maintenant que nous avons indiqué l'allure générale de la courbe de l'indice opsonique dans les fièvres typhoïdes non traitées par le sérum et dans celles traitées par le sérum antityphique ; maintenant que nous connnaissons les variations imprimées à cet indice par certains accidents ou certaines complications, nous sommes en mesure de pouvoir préciser certains détails relatifs aux phénomènes d'opsonisation, à la suite de l'injection de sérum.

Certaines des conclusions que nous allons présenter ont déjà été formulées par M. Chantemesse au Congrès de Berlin (septembre 1907).

polynucléaires ; Balthazard insiste sur l'éosinophilie constatée après l'injection, éosinophilie qui, d'une manière générale, pour MM. Roger et Josué, serait en raison inverse de l'état d'intoxication microbienne des malades.

Toutes ces modifications sanguines cessent dès le 4e ou 5e jour qui suit l'injection. Il en est de même des variations des opsonines.

Mais ce n'est pas en vain que l'organisme a fourni, grâce au sérum, ce supplément d'effort : l'effet utile a été produit, et produit au bon moment, surtout si l'on est intervenu dès le début de la fièvre ; et c'est en cela que consiste surtout l'action du sérum antityphique.

Il ne faut pas y voir, hypnotisé que l'on est par la méthode du sérum antidiphtérique, un moyen de juguler en quelques jours la maladie et d'amener à l'apyrexie en moins de 8 jours, une fièvre typhoïde qui débute.

Le sérum antityphique provoque chez le sujet une série d'actions et de réactions, qui lui permettent de lutter plus utilement contre les progrès de la maladie ; c'est toute l'activité organique qui est mise en jeu : la circulation sanguine est plus active, la tension artérielle est plus élevée, la quantité d'urine augmentée ; les organes hématopoïétiques entrent en hyperfonctionnement ; il se fait une poussée leucocytaire ; des opsonines en plus grande abondance sont mises en circulation,

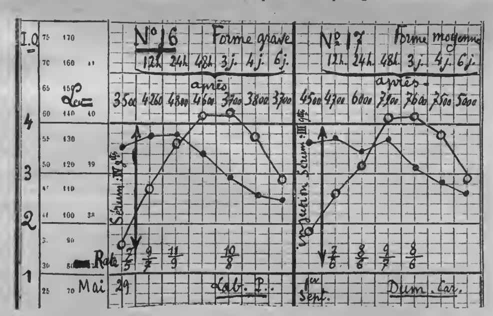


Fig. 12.

Aux courbes précédentes, nous avons cru bon d'ajouter les tableaux suivants se rapportant aux variations de l'indice opsonique. 12 heures, 24 heures, 48 heures, etc., après l'injection de sérum.

Ces courbes montrent DANS LES FORMES GRAVES, une élévation très notable et *très rapide* (très *rapide*, c'est là le fait important), de la quantité d'opsonines mises en circulation. Dans les 48 h. qui suivent l'injection, l'indice atteint 4, 4,50, 5 même quelquefois.

Ce fait est net, indiscutable. L'injection agit en donnant un coup de fouet vigoureux aux organes producteurs (?) d'opsonines.

Parallèlement, on note une augmentation constante du volume de la rate, une élévation de la tension artérielle, une hyperactivité de la circulation ; il n'y a plus de cyanose; le facies est rouge, coloré, les mains chaudes ; les réactions après le bain se font mieux ; tous faits qui traduisent une action très utile du sérum sur l'organisme et constituent la phase de réaction, se traduisant par une légère élévation thermique.

Nous trouvons signalée dans la thèse de M. Balthazard : « Toxine et antitoxine typhique », p. 159, dans les 48 h. qui suivent l'injection, une poussée leucocytaire qui peut varier de 3.800 à 5.900, quelquefois de 6.800 à 18.000. Nous avons constaté nous-même cette poussée leucocytaire ainsi que nous l'avons représentée dans les tableaux 16 et 17. Il s'agit d'une leucocytose à

la phagocytose est par ce fait même considérablement augmentée. Au lieu de faiblir, de résister mollement, le malade fait une réaction salutaire qui dure 4 à 5 jours ; ce temps est suffisant pour que, grâce à cet effort, le malade se rende maître de son affection ; celle-ci n'est certes pas terminée, mais au lieu que ce soit la maladie qui domine le malade, c'est le malade qui domine la maladie ; et si, dans le reste de l'évolution, la courbe de la température, la courbe de l'indice opsonique se rapprochent assez de celles de la fièvre typhoïde normale, il n'en reste pas moins qu'en une seule fois, en un seul effort, le malade a jugulé son affection.

C'est là l'effet utile du sérum.

Nous avons vu, au cours de la fièvre typhoïde non traitée par le sérum, l'élévation de l'indice se taire attendre longtemps pendant la période fébrile. Or cette élévation de l'indice traduit la lutte de l'organisme contre le bacille, l'importance de la phagocytose, c'est-à-dire l'une des modalités de résistance de l'organisme tendant vers l'immunité.

Dans la fièvre typhoïde *traitée par le sérum* au contraire, cet indice s'élève *brusquement*, *rapidement* et atteint même quelquefois, en 3 jours, des valeurs considérables. La sérothérapie antityphique nous paraît donc agir surtout *par opsonisation*.

Est-elle à rapprocher des vaccins de Wright ? Pas absolument à notre avis ; l'inoculation de ces vaccins est suivie d'abord d'un

abaissement de la valeur de l'indice, d'une « phase négative »; rien d'analogue dans la sérothérapie.

Quelquefois nous avons cependant constaté un léger abaissement de l'indice le premier jour qui suivait l'injection, mais ce fait est trop inconstant pour qu'on puisse le rapprocher de la véritable phase négative observée après les vaccinations de Wright ; d'ailleurs le retentissement sur les organes hématopoïétiques, sur la tension artérielle, prouve bien que le mode d'action n'est pas le même.

Ce coup de fouet donné à la phagocytose et qui se traduit sur nos courbes par une élévation brusque de la valeur de l'indice s'observe avec beaucoup moins de netteté dans les formes bénignes : c'est ce qu'indiquent les 2 courbes suivantes (nos 18-19).

Il semble que, dans ces cas, l'organisme soit déjà maître de la situation et n'ait pas besoin de faire un effort plus considérable ; d'ailleurs, dans ces formes, très souvent, dès le début, comme l'a fait remarquer M. Chantemesse, l'indice a une valeur élevée.

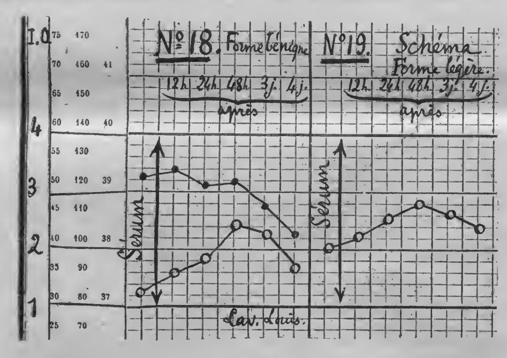


Fig. 13.

Si telle est l'action du sérum, il importe de préciser encore certains détails.

Il n'est pas indifférent chez un malade très intoxiqué, de provoquer une opsonisation intense ; la phagocytose, c'est-à-dire la destruction de bacilles, s'accompagne de mise en liberté d'antitoxines, de substances pyrétogènes, etc., dont l'action ne doit pas être négligée. Ces endotoxines peuvent contribuer à intoxiquer encore le malade, ces substances pyrétogènes à élever la température, ce qui nous explique le parallélisme assez fréquemment observé entre l'élévation de température et l'augmentation de l'indice, ce qui nous incite par conséquent à ne provoquer que d'une manière d'autant plus discrète cette phagocytose que l'individu sera plus profondément intoxiqué.

En dernier lieu on peut se demander si le sérum agit directement par ses propriétés opsonisantes. Il provient de chevaux, dont le sérum est extrêmement opsonisant, dont le pouvoir opsonique atteint des chiffres très élevés ; 14, 16, alors que celui d'un cheval normal atteint à peine 1, 1,50, pour le bacille d'Eberth.

En dilution, ces sérums de chevaux immunisés conservent jusqu'en dilution au 1/400 quelques qualités opsonisantes. Enfin, par le chauffage, même plusieurs fois répété, il est impossible de priver absolument ce sérum de ses opsonines.

Le sérum, injecté aux malades, chauffé plusieurs fois à 56°-60°, possède encore un pouvoir opsonique de 1,90, tandis que celui d'un sérum normal chauffé est à peu près nul.

D'autres sérums, antidiphtériques, antidysentériques, etc., n'ont au contraire aucune opsonine pour le bacille d'Eberth.

Réactivé avec une trace de sérum normal dilué, le pouvoir opsonique se rétablit *à 7 environ*, dans le sérum antityphique.

Néanmoins, on ne peut conclure à une action directe des opsonines que contient ce sérum dans l'interprétation des faits observés. Elles sont en trop minimes proportions et la quantité de sérum injectée est elle-même trop faible pour que cette action du sérum puisse s'interpréter par ce seul apport direct d'opsonines.

Le mode d'action est plus complexe : il s'agit sans doute d'une mise en activité spéciale des organes hématopoïétiques, ou des glandes vasculaires sanguines, corps thyroïde, capsules surrénales, etc., grâce à laquelle, par un mécanisme encore insoupçonné, le pouvoir opsonique du sang circulant reçoit une impulsion particulière qui permet alors à l'organisme de lutter plus efficacement contre l'infection.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hommages au transformisme.

La semaine dernière, la Société d'anthropologie fêtait son cinquantenaire et de tous les coins du monde des délégués étaient venus assister à ce jubilé. Peut-être s'étonnerait-on que pour un simple anniversaire, des Anthropologistes eussent fait un aussi long voyage, si je n'ajoutais que cette réunion avait surtout pour but de rendre hommage à l'idée qui présida à la formation de la Société d'anthropologie. Celle-ci a, dès son origine, propagé les théories transformistes, c'est pour les étudier et les appliquer que Broca avait réuni des Gratiolet, des Quatrefages et tant d'autres. A cette époque, des réunions, pour causer de pareils sujets, étaient considérées comme séditieuses et quand, après de longues démarches, on autorisa les anthropologistes à tenir séance, la préfecture de police exigea qu'on ne parlerait ni de Dieu ni de l'empereur !

Et pour que la règle fût obéie, un agent de la préfecture vint régulièrement assister aux séances. La légende dit que cet homme ne fut retiré que le jour l'on s'aper-

çut (oh ! horreur !) que cet employé était devenu un transformiste convaincu.

Depuis, de nombreuses sociétés d'anthropologie ont été fondées dans l'ancien et le nouveau monde, mais toutes se considèrent comme les filles de la Société parisienne ; elles s'inspirent des mêmes principes : pour toutes, le transformisme est un article de foi.

Ce qu'on a fêté la semaine dernière, c'est donc le triomphe définitif et éclatant du transformisme ; des délégués des Sociétés, des Facultés, de l'Institut, sont venus l'affirmer publiquement.

Cet hommage n'est pas isolé. Hier, l'Angleterre glorifiait Darwin et conviait les savants aux fêtes de Cambridge. Il y a quelques semaines on inaugurait au Muséum la statue de Lamarck, le créateur des idées évolutionnistes, le prédécesseur de Darwin, que les Français ont commencé à admirer après qu'ils ont eu reconnu la beauté des théories revenues d'Angleterre. Ils ont été étonnés d'apprendre qu'avant Darwin, un Français avait fait un livre « la Philosophie Zoologique », qui exposait nettement des idées admirables qui sont la base de toute science. Ces hommages, pour tardifs qu'ils soient, sont caractéristiques. Ils témoignent que le progrès s'impose, malgré les dogmes, malgré l'oubli, malgré l'ignorance, malgré les régimes.

Puis-je de ces hommages rapprocher l'exhibition, dans nos music-halls, de chimpanzés, correctement vêtus, pédalant, fumant et singeant l'homme ? Est-ce une façon indirecte de fêter le transformisme et notre parenté avec les Anthropoïdes? En tout cas quand on les a examinés, on ne peut nier qu'il y ait entre eux et nous un air de famille, et si on veut connaître exactement notre généalogie, il suffit de lire les œuvres de Lamarck, de Darwin, et les publications de la Société d'Anthropologie.

G. Paul-Boncour.

REVUE DES JOURNAUX

Une application peu connue de l'iodure de potassium.

Le phagédénisme chancrelleux repose sur le trépied thérapeutique suivant : à l'extérieur, eau oxygénée étendue et poudre d'iodoforme, renouvelées matin et soir ; à l'intérieur, iodure de potassium. (A. Renault. *Journal des praticiens*, 3 juillet 1909.)

Traitement de la diphtérie cutanée.

Si, avec tout le monde, je crois inutile et même dangereux d'attaquer avec acharnement les fausses membranes pharyngées, je crois que tout le monde, avec moi, reconnaîtra l'utilité de porter certains produits, inoffensifs et efficaces, sur des surfaces diphtérisées, d'accès plus facile, comme les lèvres, comme les narines, d'accès très facile, comme les placards cutanés. Pour les narines, on peut recommander et nous employons assez volontiers les petites mèches imbibées de sérum de Roux ; on peut aussi, comme l'a préconisé Dopter, pulvériser du sérum desséché. Mais ce traitement interne, muqueux, préventif autant que curatif, ne serait guère de mise sur le tégument ; j'ajouterai que je ne l'y ai pas vu nettement efficace.

Sur la fausse membrane, il faut un pansement antiseptique, isolant, d'application et de maintien faciles. Le pansement humide est mauvais, parce que, s'il peut être antiseptique, il n'isole pas ; il dissémine, en faisant macérer l'épiderme ; puis il nécessite ouate et bandes, mal supportées par les petits sujets, surtout au visage. Les pommades ont, me semble-t-il, les mêmes inconvénients. Je ne parlerai pas des collodion, stérésol, etc., qui enferment le loup dans la bergerie et qui, en outre, érodent d'ordinaire le tégument, d'autant plus qu'ils y adhèrent mieux.

Sur la fausse membrane cutanéo-muqueuse ou cutanée, nous procédons ainsi : tamponnement appuyé avec une solution d'eau oxygénée, pour déterger, puis badigeon, appuyé, lui aussi, avec la solution de fuchsine phéniquée de Ziehl qui sert à la coloration du bacille tuberculeux. Celle-ci sera employée pure pour les points et les petites surfaces, dédoublée, si on préfère, pour les surfaces un peu étendues. Je me hâte de dire, d'ailleurs, que même appliquée sur de multiples surfaces tégumentaires et muqueuses, la fuchsine de Ziehl pure ne m'a jamais paru entraîner de complications même légères (action locale irritante ou à distance sur le rein). La solution fuchsinée se sèche avec une grande rapidité, presque instantanément, et forme le meilleur vernis isolant qu'on puisse imaginer, il me semble.

On répète les attouchements chaque jour, car une fois par jour suffit et, en trois ou quatre jours, on assiste à la guérison du placard cutané ou à une atténuation telle que tout danger local est conjuré. (Triboulet. *La Clinique*, 18 juin 1909, p. 385.)

Nouveau procédé de détatouage par décortication.

Ayant eu, l'année dernière, à traiter un jeune homme fort gêné par ses tatouages, l'auteur a imaginé un procédé nouveau dont le principe est intéressant et le résultat tout à fait satisfaisant. Il consiste à abraser une certaine épaisseur du derme et à enlever ainsi la totalité ou la plus grande partie du tatouage, puis à laisser cicatriser à plat ou à couvrir immédiatement par des greffes de Thiersch, suivant les régions.

Ce procédé de détatouage est basé sur 3 faits :

1° Dans les tatouages, la matière colorante siège surtout dans les couches superficielles du derme. Il n'est donc pas nécessaire, pour les faire disparaître, d'enlever toute l'épaisseur de la peau ; une décortication plus ou moins profonde suivant les cas peut suffire ;

2° Dans les régions où les follicules pileux et les glandes sébacées sont abondants, la peau décortiquée est pansée à plat ; pourvu qu'elle ne suppure pas, elle guérit sans cicatrice et sans rétraction ; elle reprend même son grain normal pourvu que la décortication n'ait pas dépassé les glandes et les follicules. Ceux-ci jouent le rôle d'îlots d'épiderme et fournissent à l'épidermisation des points de départ très multiples et très rapprochés ;

3° Les greffes de Thiersch appliquées sur une surface cruentée fraîche et nette prennent avec une facilité extraordinaire, bien plus grande que lorsqu'on les applique sur une surface (bourgeonnante qui est toujours infectée, même après râclage. W. Dubreuilh. *Annales de dermat. et syphiligraphie*, juin 1909, p. 367.)

Les vomissements chloroformiques.

Conduite à tenir pour prévenir les vomissements. — 1) *Préparation du malade.* — Loin de faire jeûner le patient la veille de l'opération, il convient de lui fournir une alimentation légère, en insistant surtout sur le lait peptonisé.

L'examen approfondi du malade est de rigueur avant toute narcose et permettra de favoriser le jeu des émonctoires, en même temps d'administrer les toni-cardiaques préventifs. Enfin, le véronal, ordonné la veille de l'intervention, une injection de morphine ou même de scopolamine-morphine pratiquée dans la matinée diminueront notablement la quantité de chloroforme nécessaire et éviteront jusqu'à un certain degré les vomissements.

2) *Pendant l'anesthésie.* — Le chloroforme absolument pur doit être administré à l'aide des appareils qui le mélangent en proportion fixe à l'air ou à l'oxygène ; on a conseillé d'employer le chloroforme chauffé à 38° qui aurait des effets plus rapides et provoquerait moins de vomissements.

La narcose doit être régulière, et il importe de ne pas laisser le malade se réveiller ; le rôle de l'anesthésiste, au point de vue qui nous occupe, est fort important, et la manière de donner le chloroforme influe beaucoup sur la fréquence des vomissements.

Il est incontestable que la tendance au vomissement est fortement accrue par les mouvements imprimés au corps, surtout quand le malade est légèrement endormi, c'est-à-dire au com-

mencement et à la fin de l'opération. Aussi est-il défectueux de transporter le malade d'une salle d'anesthésie sur la table d'opération. Comme la crainte inspirée par cette dernière rend le transport souvent nécessaire, il ne faut mobiliser le patient que lorsqu'il est complètement endormi ; peut-être, comme le propose P. Bush, pourrait-on anesthésier le patient dans sa chambre, sur une table d'opération qui serait ensuite roulée au moment de l'intervention.

3) *Après l'opération.* — De même il est indispensable de conserver le malade complètement endormi jusqu'à ce que le pansement soit terminé et le malade transporté dans son lit ; on ne peut guère éviter le mouvement de la table d'opération sur le brancard, de celui-ci sur le lit ; du moins ne faut-il exécuter ces manœuvres qu'en continuant d'administrer le chloroforme, et en évitant autant que possible de secouer le malade.

Pendant ce temps, on doit en outre veiller avec une grande attention à empêcher tout refroidissement et à maintenir la température du corps.

La chambre où est transporté l'opéré doit être suffisamment aérée pour que les vapeurs de chloroforme ne s'y accumulent pas, et les inhalations d'oxygène peuvent alors rendre des services.

Enfin, si pendant l'intervention il s'est produit une sécrétion et une déglutition abondante de salive, ou bien si l'intervention a porté sur les premières voies aéro digestives, il est bon de procéder à un lavage de l'estomac avant que le malade n'ait repris ses sens.

Pour combattre les vomissements. — Si, malgré ces multiples précautions, les vomissements post-opératoires se produisent et persistent, on peut avoir recours à l'eau albumineuse ou l'eau de chaux (Kelly) qui semblent les modérer, ou encore à l'application sur l'estomac de glace ou d'une flanelle imbibée d'eau très chaude. D'après les expériences de M. Grad (de New-York), l'injection d'ergotine les rend moins fréquents et moins pénibles. Schüller (de Berlin) recommande l'emploi de l'orexine.

M. Paterson, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow, se sert de la picrotoxine ; dès l'administration du chloroforme terminée, il pratique chez l'adulte une injection de 1 centimètre cube de picrotoxine à 2 pour 100 ; si les vomissements surviennent, ce qui est fort rare, une 2e injection à dose moitié moindre les fait cesser complètement ; il aurait obtenu des résultats efficaces chez des opérés qui avaient été fort éprouvés par les vomissements dans des chloroformisations antérieures.

P. Blanluet. (*Presse médicale*, 7 juillet 1909, p. 481.)

De l'énurésie hypogénésique.

Chez les enfants atteints d'énurésie dite essentielle, on observe souvent un ou plusieurs signes du syndrome de débilité motrice d'inhibition qui est lié à l'hypogénésie du système pyramidal.

Cette constatation conduit à isoler de l'énurésie dite essentielle le groupe de l'*énurésie hypogénésique*.

L'énurésie hypogénésique est l'expression nocturne, et par suite intermittente, d'un état continu d'hypertonie de la musculature vésicule dont le pouvoir d'inhibition est très atténué.

Prosper Merklen (*Tribune médicale*).

L'apparition précoce du réflexe photo-moteur au cours du développement fœtal.

L'enfant né à terme présente aussitôt après la naissance un réflexe photo-moteur net, malgré que la vision centrale ne soit pas encore établie et qu'il s'écoule plusieurs semaines avant que les yeux du nouveau-né se fixent sur un objet quelconque.

Mais si le réflexe de l'iris à la lumière existe ainsi chez l'enfant né à terme, en est-il de même chez des enfants nés prématurément ?

C'est la question que s'est posée M. Magitot qui a eu l'occasion d'observer 50 sujets prématurés chez lesquels il a pu étudier la contractibilité de l'iris.

Chez les enfants nés au huitième mois de la gestation, le réflexe pupillaire à la lumière existe, quoique à un plus faible degré qu'au neuvième mois où il est à peu près ce qu'il sera dans l'adolescence.

M. Magitot a examiné les yeux de 15 enfants nés à sept mois et demi : chez 13 d'entre eux les réactions pupillaires à la lumière étaient assez rapides ; en revanche, chez les deux derniers la contraction irienne était plus lente et, fait intéressant, chez l'un de ces enfants, il était nécessaire, avant de solliciter une nouvelle contraction, d'attendre un certain temps après la cessation du réflexe précédent. Si l'on examine les enfants venus au monde à sept mois les résultats sont les mêmes.

La contractibilité irienne devient beaucoup plus lente chez des enfants nés prématurément au sixième mois, cependant le réflexe photo-moteur est manifeste et indéniable.

Il n'en est plus ainsi chez les prématurés au cinquième mois. Sur 4 enfants examinés par l'auteur, 3 présentaient une absence complète du réflexe lumineux, un seul offrait une réaction pupillaire à la lumière, mais celle-ci était incomplète, la contraction de l'iris était courte et s'arrêtait comme s'il existait un obstacle du resserrement de la pupille.

Ces faits démontrent donc que le nerf optique est susceptible de transmettre aux centres cérébraux l'excitation lumineuse, bien que ses fibres ne soient pas isolées par une gaine de myéline. L'existence du réflexe photo-moteur, à une époque de la vie où la plupart des noyaux de la troisième paire sont incomplètement développés, rend vraisemblable l'opinion des auteurs qui soutiennent que les fibres iriennes sont disséminées dans le noyau du moteur oculaire commun et qu'elles prennent naissance surtout aux dépens de la partie antérieure de ce noyau dont, comme on le sait, le développement est précoce. M. Magitot (*La Sem. Méd.*, 24 juin 1909, p. 291). Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1909

Le signe du « flot transthoracique » dans les kystes de la convexité du foie. — M. ***Chauffard***, chez deux malades atteints de kyste thoracique ascendant de la convexité du foie, a constaté un signe nouveau, le *flot transthoracique*, obtenu en plaçant la main gauche en travers, au-dessous de la pointe de l'omoplate droite, tandis que la main droite percute légèrement et au même niveau la paroi thoracique antérieure. On sent ainsi une ondulation vibratoire très nette, dont un des malades avait même l'autoperception. Dans l'un des cas, la percussion au-dessous des fausses côtes se sentait en arrière au-dessous de l'omoplate ; le flot était donc trans-abdomino-thoracique.

Chez l'un des deux malades, le kyste était la seule lésion hépatique ; chez l'autre il était superposé à une cirrhose biliaire hypertrophique préexistante, créant ainsi un tableau clinique très complexe.

Les deux kystes étaient stériles, sans vésicules-filles.

On sait que les épanchements pleurétiques ne donnent par ce procédé d'exploration aucune sensation vibratoire. Celle-ci faisait également défaut dans un grand abcès dysentérique de la convexité du foie, contenant deux litres de pus. Au contraire, dans le kyste hydatique, la tension du liquide, l'état souple, lisse, élastique, de la membrane kystique sont des plus favorables à la production d'ondes vibratoires.

Il y a donc là un signe facile à percevoir, et qui peut être précieux pour faciliter le diagnostic différentiel des kystes ascendants du dôme hépatique, des grands abcès ayant même localisation, des épanchements de la plèvre droite.

De l'hétéro-plastie orbitaire (greffe de l'œil du lapin) dans le but d'améliorer la prothèse. — M. *Lagrange* (de Bordeaux).

Nouvelle note sur la prophylaxie de la peste bovine par l'isolement individuel des contaminés. — M. ***Piot-Bey***.

La variole-vaccine. — MM. ***Kelsch***, ***Pierre Teissier***, ***Lucien Camus*** et ***Tanon*** communiquent les résultats d'expériences de contrôle entreprises par eux sur la réalité de la variole-vaccine.

Rapport. — M. ***Gilbert*** donne lecture d'un rapport sur un travail de MM. ***Billard*** et ***Perreyrolles*** qui ont eu l'idée d'administrer les eaux de la Bourboule en injections hypodermiques. Dans les lymphatismes et la tuberculose, dans diverses dermatoses, cette méthode thérapeutique a donné des résultats fort encourageants.

Election. — MM. ***Lacassagne*** et ***Queirel*** sont nommés membres associés nationaux. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1909.

Traitement des kystes hydatiques de la rate. — M. ***Bazy.*** — 'ai eu une seule fois l'occasion d'opérer un kyste hydatique de ı rate. Il s'agissait d'un homme de 52 ans qui portait une tuıeur dans l'hypochondre gauche, tumeur dont la ponction onna issue à un liquide clair. L'opération me montra que la ıte, dans laquelle se trouvait le kyste, était adhérente dans la rofondeur, si bien qu'après ponction et formolage du kyste, uand je voulus attirer l'organe pour le fixer à la paroi, cette ıanœuvre fut impossible. Je me contentai donc de drainer la oche, drainage que je supprimai le deuxième jour, et mon ıalade guérit.

M. ***Potherat.*** — Le diagnostic des kystes du poumon se fait, ınsi qu'on l'a dit à ce propos, sur les symptômes constatés et ır la radioscopie qui permet seulement d'affirmer l'existence 'une masse anormale.

Quant à la technique suivie par M. Michon, je ne puis la blâıer, car tout dépend des lésions que l'on constate. Lorsque l'on roit devoir enlever la rate on peut le faire sans hésiter, car c'est ı une opération bénigne.

M. ***Ricard.*** — J'ai opéré un volumineux kyste de la rate chez n jeune enfant de six à sept ans. J'ai pu conserver l'organe et ıe contenter de marsupialiser la poche, et l'enfant a parfaiteıent guéri. A mon avis, il ne faut sacrifier la rate qu'en cas de ystes multiples ou de kyste unique mais ayant détruit la plus rande partie du tissu splénique réduit à une coque mince.

Diagnostic des kystes hydatiques du foie par la réaction de xation. — M. ***Lejars.*** — Au nom de M. Paron et au mien, je ous apporte 6 nouveaux cas dans lesquels la réaction de fixaon a été employée au diagnostic de tumeurs supposées être des ystes hydatiques du foie. Ces faits nouveaux viennent encore onfirmer la valeur diagnostique de la méthode. La réaction a é positive chaque fois qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, ıême si celui-ci était suppuré ; elle a toujours été négative ans le cas contraire. A mon avis, c'est un procédé sûr et si ertain que, si dans un cas où la réaction s'est montrée négative, ı trouve un kyste hydatique, c'est qu'il y a eu une faute de chnique.

On a reproché à la méthode d'être trop délicate et trop comlexe, reproche dans une certaine mesure mérité. Mais M. aron a réussi à rendre la technique un peu plus simple et plus cile à appliquer.

Dans trois cas la réaction a été négative, en voici le résumé :

1° Femme portant au côté gauche une volumineuse tumeur ystique et ayant déjà été opérée par un autre chirurgien d'une fection abdominale indéterminée, quelques années auparavant. éaction négative : à l'opération, cysto-épithéliome de l'ovaire.

2° Homme porteur d'une masse sous-hépatique volumineuse e nature indéterminée. Réaction négative. L'opération montre u'il s'agit d'un gros foie cirrhotique.

3° Homme présentant dans la région épigastrique une grosse ımeur lisse, arrondie, ressemblant à un kyste hydatique. Une emière fois, la réaction est douteuse. On la recommence et elle t cette fois franchement négative. La laparotomie conduit sur n cancer du foie.

Dans les trois autres cas suivants, la réaction a été positive :

1° Homme ayant dans l'hypocondre droit une tumeur ayant us les caractères d'un kyste hydatique. Réaction positive. Diaıostic vérifié par l'intervention ;

2° Jeune femme, opérée 4 ans plus tôt de 3 kystes hydatiques ı foie et qui revient à l'hôpital pour des douleurs dans le côté uche, sans aucun signe de tumeur. Réaction positive. La lapaıtomie montre un kyste situé dans le lobe gauche très haut et ès en arrière ;

3° Homme atteint de fièvre avec ictère et gros foie, signes qui nt penser à un kyste hydatique suppuré avec angiocholite. Réaction positive. A l'opération, on trouve sur le foie des traîées jaunâtres d'angiocholite suppurée, mais pas trace de kyss. On se contente d'une cholécystostomie. Mais le malade sucımbe au 4e jour et à l'autopsie on trouve un kyste hydatique ıppuré dans le lobe de Spigel et 3 autres petits kystes disséminés dans le foie.

Il serait intéressant de savoir combien de temps persiste la réaction de fixation une fois le kyste enlevé, car au-delà de cette limite, la réaction positive indiquerait un autre kyste. Mais nous manquons sur ce point de documents suffisants. Dans 2 cas cependant la réaction fut négative 3 mois après l'opération.

M. ***Delbet.*** — Cette réaction est très précieuse. Elle m'a donné un nouveau cas positif depuis la dernière communication de M. Lejars. Il s'agissait d'un cas où il n'y avait d'autres symptômes cliniques que des douleurs vagues dans l'hypocondre et des troubles digestifs. Or, j'ai en effet trouvé un kyste hydatique. Il serait, en effet, très important de déterminer le temps pendant lequel la réaction reste positive après la suppression du kyste.

M. ***Guinard.*** — Lors de la dernière discussion, j'ai mentionné ici le cas d'une de mes malades chez laquelle la réaction persistait 9 mois après l'opération sans trace de récidive. Or depuis ce temps cette malade a eu une pleurésie. La ponction donna d'abord un liquide citrin, mais peu après, à la suite d'un déplacement du trocart un liquide clair caractéristique et provenant d'un kyste hydatique du poumon.

M. ***Routier.*** — J'ai opéré un kyste hydatique du grand épiploon et un kyste pédiculé du rein ne tenant à l'organe que par un mince pédicule. Dans les 2 cas j'avais cru à des kystes de l'ovaire. La réaction de fixation faite le lendemain de l'opération fut négative. D'après Weinberg, la réaction serait habituellement négative dans les cas de kystes développés en dehors des parenchymes viscéraux.

M. ***Reclus.*** — Chez un malade que je croyais atteint de kyste hydatique, la réaction fut négative et il s'agissait en effet d'une cirrhose hypertrophique.

Présentation de malades. — M. ***Walther*** présente un jeune homme de 18 ans qu'il a opéré quatre heures après sa naissance d'un spina bifida. L'enfant s'est bien développé, mais il a eu jusqu'à seize ans de l'incontinence des matières et des urines. Actuellement, il n'a plus que de l'incontinence vésicale que l'on cherche à faire disparaître par l'éducation de la vessie du malade.

M. ***Delbet*** présente un malade auquel il a extirpé avec succès un anévrysme de l'artère poplitée.

M. Morestin présente une jeune femme opérée par voie buccale d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire.

M. Doyen présente des malades atteints de tumeurs malignes qu'il a traités par l'opération parcimonieuse, mais combinée à la vaccination antinéoplasique et à divers traitements locaux, notamment la voltaïsation bipolaire. CH. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 9 juillet 1909

Indications de l'hystérectomie vaginale. — M. ***Brochin*** rappelle le parti que son maître Péan tirait de cette opération et regrette de la voir abandonnée aujourd'hui. Péan la pratiquait pour l'ablation des fibromes déjà volumineux, pour des annexites doubles, des métro-salpyngites, des suppurations pelviennes, des cancers du col, le prolapsus utérin chez les femmes ayant passé la ménopause. Que reste-t-il aujourd'hui de ces indications ? Rien ou presque rien. Brochin s'étonne de l'abandon de cette opération qui donna de si brillants résultats entre les mains de Péan. Pour les petits fibromes en particulier, l'hysterectomie vaginale reste une excellente opération, faisant courir aux malades le minimum de danger. Et même pour les annexites doubles, les suppurations pelviennes, le cancer limité au col, le prolapsus, la voie vaginale, pour qui la connaît, peut rendre les plus grands services.

Peraire croit que ce n'est pas sans raison que l'hystérectomie vaginale a été presque complètement abandonnée en France. C'est une méthode qui ne permet pas de juger de l'état des lésions. Elle expose aux dangers d'une opération incomplète en laissant des débris de poches adhérentes, à l'infection du péritoine, au pincement des uretères et de l'intestin, à la blessure de la vessie, aux hémorragies. L'auteur pense que l'hystérectomie vaginale n'est applicable ni aux fibromes utérins, ni aux suppurations pelviennes, ni au cancer de l'utérus, ni aux prolapsus utérins. Dans ce dernier cas, l'hystéropexie suffit. Dans les autres, c'est à l'hystérectomie abdominale qu'il donne la préfé-

rence. Les perfectionnements progressifs de la technique de celle-ci donnent une sécurité telle qu'elle lui paraît devoir rallier tous les suffrages.

Paul **Delbet** est partisan de l'hystérectomie vaginale et la tient pour une excellente opération à la condition de la faire précéder d'un curetage et de substituer les ligatures aux pinces.

L'hystérectomie vaginale n'est indiquée dans le cancer qu'à titre palliatif. L'opération de choix est l'abdominale totale ; sur douze opérations, elle ne lui a donné que des succès opératoires.

La vaginale est l'opération de choix dans les inflammations pelviennes non refroidies ou mal limitées, dans les fibromes ne montant pas à plus de 4 travers de doigt au-dessus du pubis et n'ayant pas un diamètre transversal trop étendu ; elle évite le shock et est remarquablement bénigne.

Cholécystite calculeuse à forme appendiculaire. Appendicectomie. Cholécystostomie sans narcose. Mort par embolie au 17e jour. — M. **Dartigues** relate le cas d'une femme âgée de 64 ans qui, ayant présenté tous les signes d'une appendicite, fut opérée par lui d'appendicectomie. Mais les symptômes ne s'étant pas amendés, Dartigues fut obligé de réintervenir au bout de 6 jours : il fit une cholécystostomie et retira deux très gros calculs biliaires Cette deuxième opération fut pratiquée et très bien tolérée sans narcose. Malheureusement, alors que tout était en bonne voie, la malade mourut subitement d'embolie le dix-septième jour après cette dernière opération.

Robert **Loewy** fait un rapport sur une observation de Victor Delaunay concernant *une luxation de l'extrémité inférieure de l'humérus* en avant. L'extrémité luxée ne présentait plus trace d'insertions musculaires ni ligamenteuses.

A propos des fibromes naso-pharyngiens.— **Peraire** a enlevé l'année dernière, chez un homme de 52 ans, une *tumeur naso-pharyngienne* du volume d'une mandarine. Cette énucléation a été pratiquée avec des pinces coupantes par la voie buccale. L'hémostase a été parfaite grâce au chlorure de calcium donné préalablement. L'examen de la tumeur fait par le Dr Lefas a montré qu'il s'agissait *d'un fibrome ossifiant naso-pharyngien doublé d'un véritable papillo-adénome de la muqueuse du pharynx.* Jusqu'à présent, il n'existe aucun cas analogue à celui-ci.

ANALYSES

Ce que devient le pancréas dans l'achylie et l'anacidité gastrique. (*Deuts.med. Woch.* 1909, *n*° 20.)

Il résulte des recherches d'Ehrmann et de Lederer que, dans l'achylie et l'anacidité gastrique, la fonction pancréatique, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, n'est nullement atteinte, et que l'acide chlorhydrique ne doit plus être considéré comme un excitant du pancréas.

Avec le repas d'épreuve à l'huile de Volhard et le repas d'épreuve d'Ewald, on trouve la plupart du temps la trypsine dans l'anacidité et l'achylie. C'est le contraire dans l'hyperacidité, ou seulement en quantité faible, que le bicarbonate peut augmenter. Le contenu gastrique en trypsine est d'ordinaire parallèle au contenu en bile ; il est cependant des cas, où, malgré le suc alcalin et biliaire, on ne peut trouver la trypsine. C.

BIBLIOGRAPHIE

Le Tabagisme et son Traitement. Revue des Principaux moyens employés pour combattre la tabacomanie et les accidents causés par l'abus du tabac, par M. le Dr Georges Petit. (En vente, 12, rue Jacob, Paris. Prix : un franc, 2e édition.)

L'auteur a réuni dans cette brochure les principaux moyens usités pour combattre les méfaits du tabac, ainsi que l'habitude de son usage.

Elle s'adresse à tous ceux qu'il est utile d'instruire des dangers que cette habitude leur fait courir. Les fumeurs intoxiqués, dont la volonté est impuissante, trouveront dans ce travail une série de procédés qui leur faciliteront la désaccoutumance.

Traitement des maladies cutanées et vénériennes, par les Drs Ch. Audry, J. Nicolas et M. Durand, professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques aux Universités de Toulouse et de Lyon. 1909, 1 vol. in-8 de 691 pages avec 153 figures, cartonné : 12 fr. Bibliothèque de Thérapeutique Gilbert-Carnot (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

La thérapeutique peut être envisagée différemment, suivant que l'on prend pour point de départ de son étude le médicament, le symptôme ou la maladie. La nouvelle *Bibliothèque de Therapeutique* dirigée par M. Gilbert est donc divisée en trois séries convergentes, dans lesquelles sont étudiés les agents thérapeutiques, les médications, les traitements.

Quatre volumes ont paru en l'espace de six mois : l'un consacré à la *Mécanothérapie et Hydrothérapie* le second au *Massage*, le troisième aux *Médicaments microbiens.*

Le nouveau volume qui vient de paraître est consacré au *Traitement des maladies cutanées et vénériennes* et est dû à MM Audry et Nicolas, professeurs aux Facultés de médecine de Toulouse et de Lyon.

Il existe beaucoup de livres consacrés au traitement des maladies cutanées et vénériennes, mais ils s'adressent surtout aux spécialistes.

Il n'y a qu'un petit nombre de véritables maladies de la peau. Trop souvent, on a à soigner des manifestations ou des localisations ectodermiques provoquées par des infections ou d'autres troubles plus ou moins généraux et entièrement dénués de spécificité. Le traitement des maladies de la peau est souvent dirigé contre de purs ensembles symptomatiques et non contre des entités morbides. Les interventions et les médicaments externes l'envahissent de plus en plus, mais sans éliminer les autres.

C'est une grande erreur de croire que la thérapeutique des dermatoses est compliquée ; les dermatologistes de profession simplifient sans cesse leur pratique. Tel dermatologiste du siècle passé, et des plus illustres, s'était réduit à quelques formules. Le médecin, effaré par les longues colonnes de substances variées formulées à propos de chaque lésion peut se rassurer ; il n'a pas besoin d'en savoir aussi « long ». Il suffit qu'il connaisse bien deux ou trois douzaines de préparations pour venir à bout de la plupart des circonstances. Et c'est à ce but que répond le présent livre, illustré de très nombreuses reproductions de photographies d'après nature.

La partie due à M. le professeur Audry a pour objet le *traitement des dermatoses.* Elle est traitée avec clarté et simplicité. Les principales méthodes employées aujourd'hui en dermatologie (photothérapie, radiothérapie, etc.) y sont bien expliquées.

Chaque maladie est résumée brièvement au commencement de chaque chapitre ; la thérapeutique est exposée d'une manière suffisamment complète pour que le médecin non spécialiste puisse établir un traitement approprié.

C'est là un véritable petit traité didactique, qui dénote chez son auteur une connaissance approfondie des dermatoses et de leur traitement, car rien n'est plus difficile que d'exposer à la fois clairement et brièvement.

Le *traitement des maladies vénériennes* est dû à M. Nicolas. La blennorrhagie y est traitée avec ampleur et la syphilis n'occupe pas moins de deux cents pages. Le diagnostic des diverses manifestations de la syphilis est exposé d'une manière très complète et de nombreuses photographies personnelles parachèvent ces descriptions.

La compétence particulière de l'auteur a fait de toute la partie thérapeutique un auxiliaire obligé, non seulement du médecin-praticien mais même du médecin-spécialiste.

M. Durand a consacré trente pages à la thérapeutique chirurgicale des maladies vénériennes : traitement chirurgical de la blennorrhagie et de ses complications, traitement chirurgical du chancre mou, circoncision. C'était là un complément indispensable à ce livre très pratique. G. Milian.

TRAVAUX ORIGINAUX

Latéropulsion droite et paralysie de la corde vocale droite par lésion syphilitique du bulbe ;

Par MM. MILIAN, médecin des hôpitaux
et MEUNIER externe des hôpitaux.

Le nommé K.., âgé de 21 ans, se présente à la consultation de a Charité le 18 avril 1909. Il raconte qu'après une nuit normale, l se réveille le 13 avril, un peu mal à l'aise. En se levant, il s'a- perçoit que sa jambe gauche est faible et fléchit sous le poids de son corps. Il est malhabile du bras gauche et sa figure est déviée.

Ne voyant aucune amélioration dans son état, il vient consul- er, cinq jours après le début des accidents, à la Charité.

Il présente un effacement des plis de la face du côté gauche. a bouche est déviée à droite. En faisant froncer le front, le côté lroit seul se plisse. En le faisant siffler, la bouche prend la orme d'un point d'exclamation dont l'extrémité renflée est à lroite.

Le réflexe cornéen est complètement aboli à gauche. Il est au ontraire parfaitement sensible à droite. Le peaucier se contracte t fait saillie fortement à droite, mais très faiblement à gauche.

Le bras gauche est partiellement paralysé. Le malade peut s'en ervir, mais avec peine, certains mouvements lui sont impossi- oles et la force musculaire en est notablement diminuée.

La jambe gauche est également paralysée. Cependant le ma- ade peut marcher en s'aidant d'une canne et en traînant la ambe. Il n'y a pas de contracture. Les réflexes rotuliens sont iormaux, les reflexes plantaires nuls.

Le 30 avril, malgré l'absence de tout traitement, il y a une rande amélioration. Une ponction lombaire est faite et l'on rouve un peu de lymphocytose.

Le 1 mai, le malade marche facilement, comme avant le début es accidents, le bras gauche a retrouvé ses fonctions normales e reflexe cornéen est normal des deux côtés.

Le signe du peaucier, la disparition du réflexe cornéen du côté auche, nous permettent d'affirmer que cette hémiplégie gauche re- evait bien d'une lésion organique.

Tout était rentré dans l'ordre, quand le 10 mai le malade re- ient à la consultation. Il se plaint de ne plus pouvoir marcher le côté droit, dit-il, emporte le côté gauche ».

La face n'est pas déviée. Le peaucier se contracte également des eux côtés. Il n'y a pas de diminution de la force des mains. Le nalade s'oppose avec énergie, des deux côtés, à la flexion de la uisse sur le bassin et à l'extension de la jambe sur la cuisse. *l n'y a, en un mot, aucune trace d'hémiplégie, ni de paralysie.*

Il présente une ébauche de signe de Romberg. Les réflexes ornéens sont abolis des deux côtés, les réflexes rotuliens et achil- éens sont un peu augmentés, les réflexes crémastériens nor- aux, les réflexes plantaires nuls.

Le malade a une petite toux sèche ; sa voix est rauque et bito- ale. Il explique qu'il a eu froid au Luxembourg. Il est envoyé à consultation de M. Castex afin de faire examiner son larynx, ır nous pensons qu'il présente une paralysie d'une corde vo- ile.

Le 11 mai, le malade marche plus difficilement encore. Il est un eu comme un homme ivre. *Il manque de tomber du côté droit à* aque instant. Il ne peut lire, car ses yeux se brouillent rapi- ement.

Les symptômes se sont accentués depuis la veille. Il est obligé s'arc-bouter, les jambes écartées comme un marin.

Le *réflexe cornéen* est aboli des deux côtés.

On lui fait une première injection d'huile grise.

Le 12 mai, la latéropulsion persiste debout. — Il n'y a pas d'in- ordination des membres inférieurs, mais un peu d'incoordina- on des membres supérieurs. En lui commandant de porter pidement le doigt à son nez, il le porte tantôt sur la joue, tan- t sur le front. Il ne peut boutonner son faux col. — Les ré- xes cornéens reviennent des deux côtés.

Il a été consulté M. Castex qui lui a trouvé au laryngoscope e *paralysie de la corde vocale droite.*

Le 21 mai, le malade revient avec une grosse amélioration. Il encore un peu de faiblesse dans les jambes, mais il n'a plus de titubation. Il traîne un peu la jambe gauche. Il peut maintenant boutonner son gilet de flanelle et son faux col.

Les réflexes cornéens sont redevenus normaux.

Le réflexe rotulien droit est normal, le gauche exagéré.

Les réflexes abdominaux, crémastériens et achilléens sont normaux. Les réflexes plantaires sont également normaux. Il y a un peu de trépidation épileptoïde à gauche.

Il n'y a pas de diminution de sensibilité de la face. Nouvelle injection d'huile grise le 25 mai. L'amélioration s'est encore accentuée. Le malade marche facilement. Il n'y a plus de titubation. Il songe à reprendre son travail. Sa voix est normale et l'examen laryngoscopique montre que la corde vocale a retrouvé ses mouvements.

Les réflexes cornéens sont normaux.

Le réflexe achilléen est légèrement exagéré à gauche.

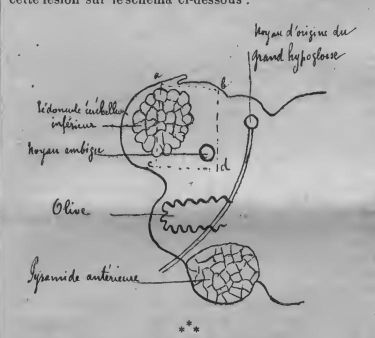
Les réflexes rotuliens, crémastériens et plantaires sont normaux.

On lui fait une troisième injection d'huile grise.



Ainsi le malade a présenté une double série d'accidents. D'abord une hémiplégie d'origine organique, dont les symptômes se sont atténués et ont disparu assez rapidement. Puisque presque immédiatement après la disparition des symptômes d'hémiplégie, une nouvelle série d'accidents caractérisés par deux symptômes primordiaux : des troubles de l'équilibre avec tendance à tomber du côté droit, une paralysie de la corde vocale droite. Il fallait, pour réaliser cette symptomatologie, une lésion portant à la fois sur le cervelet et sur le noyau d'origine du nerf spinal, moteur de la corde vocale. Seule une lésion portant au niveau de la partie moyenne et latérale droite du bulbe remplissait ces conditions en raison de la présence en cette région du *pédoncule cérébelleux inférieur* et *du noyau ambigu*, origine des fibres motrices du spinal.

On se rendra facilement compte de la topographie de cette lésion sur le schéma ci-dessous :



* * *

Quant à l'origine de ces lésions, elle n'est point douteuse. — K... a présenté à deux reprises différentes, en 1905 et à la fin de 1908, des accidents de diplopie, pour lesquels il a suivi un traitement électrique dans une clinique. De plus, il y a trois ans, il est allé consulter à Ricord pour des plaques dans la bouche. La guérison rapide de des accidents constatés par nous, sous l'influence du traitement mercuriel, confirme encore leur origine syphiliti-

que. Ajoutons que K.. n'avait jamais eu aucune autre maladie, que son état général et ses forces étaient excellents et qu'enfin ses parents étaient vivants et bien portants.

La marche progressive des accidents, leur curabilité, l'atteinte successive du cerveau antérieur et du bulbe, permettent de penser qu'il s'est agi d'artérite syphilitique.

Cette localisation de la syphilis sur ce point précis du bulbe, réalisant le *syndrome* si caractéristique de *latéropulsion avec paralysie de la corde vocale du côté correspondant,* ne doit pas être très rare, car j'ai eu l'occasion de l'observer une autre fois chez un sujet qui venait à la consultation de l'hôpital de la Charité pour réclamer l'assistance obligatoire et qui avait été soigné autrefois par le Dr Babinski.

CHIRURGIE

Une lésion rare des os du carpe : Luxation trapézo-trapézoïdale ;

Par F. JACOULET
Interne des Hôpitaux de Paris.

Nous avons l'occasion d'examiner et de radiographier le poignet d'un jeune homme de 17 ans, atteint dans sa première enfance d'un traumatisme de cette région. Voici l'observation résumée :

B... Raymond, âgé de 17 ans, vient consulter à l'Hôtel-Dieu pour une déformation de la main, consécutive à un traumatisme ancien.

Il nous raconte que, dans sa première enfance, il fit une chute sur la face dorsale du poignet, chute dont il porte encore les traces : il existe en effet, à la partie postéro-externe du poignet, une cicatrice blanchâtre, déprimée et, nous dit-on, l'enfant était tombé sur la grille d'un foyer où il se brûla.

En dehors des brûlures, superficielles du reste, les parents de l'enfant ne remarquèrent rien d'anormal ; mais vers l'âge de quatre ans survint une déformation de la région du pouce et de l'éminence thénar.

Cette déformation a augmenté, puis est restée stationnaire ; elle entraîne une impotence fonctionnelle marquée et le jeune B. a été obligé d'abandonner son métier de garçon boucher.

L'examen local fait constater les symptômes suivants.

Il y a une atrophie notable des muscles de l'éminence thénar ; à travers la couche musculaire amincie, on sent une saillie osseuse, qui semble bien être la tête du premier métacarpien, car elle suit les mouvements imprimés à l'extrémité inférieure de cet os.

Celui-ci présente un raccourcissement notable, par rapport au métacarpien du côté opposé ; ce raccourcissement est appréciable à la vue, au palper : il est d'environ un centimètre.

Il existe une augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet à ce niveau, dû à la saillie de la tête métacarpienne.

Au point de vue fonctionnel, les mouvements d'adduction, d'opposition, sont très diminués. La force de préhension est faible. Il n'y a pas de phénomènes douloureux.

C'est en se basant sur ces différents symptômes, en particulier sur la saillie antérieure de la tête du premier métacarpien et sur le raccourcissement notable de cet os, que fut porté le diagnostic de *luxation ancienne en avant du premier métacarpien sur le trapèze* avec décollement probable de l'épiphyse supérieure du métacarpien.

L'examen radiographique, dû à l'obligeance de M. Malméjac, ne confirma pas ce diagnostic et fit constater les lésions suivantes :

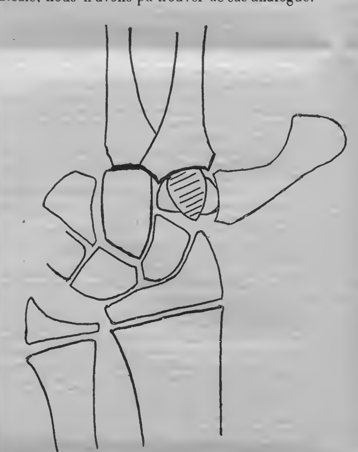
Intégrité des épiphyses radiale et cubitale inférieures, des os de la première rangée du carpe.

Dans la seconde rangée, l'os crochu et le grand os sont en place, mais le trapèze est luxé en avant et en dedans : l'ombre projetée par cet os est exactement en avant de l'ombre projetée par le trapézoïde.

Le premier métacarpien est très raccourci ; on ne voit plus la ligne épiphyso-diaphysaire : il semble y avoir eu une ossification précoce. Quant aux connexions du trapèze et du premier métacarpien, elles sont normales.

Il s'agit donc d'une *luxation trapézo-trapézoïdale complète* avec arrêt de développement du premier métacarpien, vraisemblablement par collement épiphysaire.

Une telle lésion doit être rare, et dans la littérature médicale, nous n'avons pu trouver de cas analogue.



Un traumatisme atteignant la région externe de la main déterminera bien plus souvent, soit une luxation trapézo-métacarpienne, soit une fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien, du type Bennett.

Par quel mécanisme s'est produite la luxation ? Dans une chute sur la face dorsale du poignet et du premier métacarpien, le trapèze, repoussé en avant, entraîne avec lui son métacarpien grâce à la solidité des ligaments trapézo-métacarpiens. Mais il déchire ses fibres ligamenteuses postérieures et peut alors se luxer en avant et en dedans, sur le trapézoïde.

Une telle luxation s'explique facilement si on veut bien se rappeler que le trapézoïde est immobilisé, enclavé entre les quatre os voisins, que le trapèze est plus volumineux, que le trapézoïde est sur un plan plus antérieur.

Dans son mouvement de translation en avant et en dedans, le trapèze a entraîné le premier métacarpien ; mais cet os a certainement subi un décollement de son épiphyse

supérieure : ainsi s'expliquent la disparition, sur les radiographies, de la ligne épiphyso-diaphysaire, l'arrêt de développement en longueur.

Chez notre malade, tout traitement nous a semblé inutile, du fait de l'ancienneté des lésions, de l'atrophie osseuse et musculaire. Dans un cas récent, au contraire, il serait nécessaire d'intervenir pour réduire et maintenir réduite la luxation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des rapports annuels des services d'hôpitaux.

Mon excellent maître Bourneville avait eu l'idée, qui me paraît à tous points recommandable, de publier tous les ans un rapport sur son service de Bicêtre. Le 27e volume de la série est le dernier ; la publication a commencé en 1880 pour s'arrêter en 1906.

Le prochain congrès des praticiens a mis à son ordre du jour la question de l'organisation des hôpitaux ; que ceux que la question intéressent parcourent les 27 volumes, et ils se rendront compte de ce que devrait être un service d'hôpital ou un hôpital

Ces volumes sont divisés en deux parties : dans la première partie, on y étudie l'histoire du service pendant l'année, les faits intéressants, les changements survenus, les améliorations matérielles obtenues, le mouvement du personnel. Ensuite viennent les statistiques, le nombre des malades, leurs entrées et leurs sorties avec l'état à la sortie, les décès et leurs causes ; en y ajoutant les statistiques opératoires pour un service de chirurgie, on aurait une organisation modèle.

La deuxième partie est la partie clinique, là sont reproduits ou publiés encore inédits les travaux faits dans le service.

Le dernier volume comprend la liste de tous les collaborateurs de Bourneville, ses internes ou autres, ainsi que la liste de toutes les publications scientifiques faites dans le service. On peut ainsi se rendre compte de l'activité scientifique du chef de service et des élèves qu'il a su grouper autour de lui.

La lecture de ces volumes montrent la ténacité et l'énergie qui ont été nécessaires à Bourneville pour arriver à avoir un service complet.

On y verra que le chef de service s'est occupé de l'installation matérielle de toutes les parties des services, qu'il a fait avec un soin minutieux l'éducation de tout son personnel secondaire.

Toutes les statistiques du mouvement des malades sont régulièrement tenues et permettent à tout travailleur de les consulter avec fruit, toutes les observations des malades sont prises et dès le début on a fait une collection de photographies qui illustrent ces mêmes observations.

Un musée anatomo-pathologique est annexé au service où sont conservés avec soin les pièces anatomo-pathologiques avec, au besoin, leurs photographies et les protocoles des autopsies.

Enfin, un exemplaire des rapports annuels et des travaux du service est conservé dans la bibliothèque.

Je n'ai connu qu'un service dans les hôpitaux de Paris aussi complètement installé, c'est celui du professeur Guyon.

Si tous les chefs de service voulaient prendre modèle sur Bourneville, on trouverait dans le volume des rapports de chaque hôpital une mine des plus précieuses d'observations qui serait de la plus haute utilité aux travailleurs ; mais pour cela il faudrait être comme a été notre maître : un esprit organisateur, un travailleur acharné, capable de consacrer de longues heures à un service public, sans autre profit que la satisfaction de sa conscience.

Robert Sorel (Dijon).

ÉTIOLOGIE

Contribution à la doctrine de la goutte ;

Par le Dr S. A. Arany (Carlsbad-Londres.)

Pathogénie.

Bien que la goutte fût connue longtemps avant le christianisme, on ne sut, jusqu'à Garrod, presque rien sur sa pathogénie. L'épreuve du fil, de cet auteur, et ses conclusions d'après lesquelles il existe dans l'organisme goutteux une formation excessive et une élimination restreinte d'acide urique coïncidant avec l'alcalinité réduite du sang et les fonctions défectueuses des reins, fut la première explication scientifique sur les causes de la goutte qui sert, aujourd'hui encore, de point de départ à chaque théorie ayant trait à cette maladie.

Les auteurs essayèrent de réfuter la formation excessive de l'acide urique ainsi que l'alcalinité réduite du sang et les fonctions défectueuses des reins, et Klemperer (1) put prouver que l'opinion de Garrod, qui était que le sang des goutteux est surchargé d'acide urique, est inexacte, car le sang peut encore réduire une quantité considérable d'acide urique sans que ses valeurs d'alcalinité en soient réduites. Minkowski (2), lui aussi, est contre la formation excessive et il ne suppose pas qu'une rétention d'acide urique puisse être causée par la fonction défectueuse des reins. Noorden est également de cet avis, tandis qu'Ebstein (3), qui est en faveur de la formation excessive de l'acide urique, ne partage pas cette idée.

Les expériences n'ont pas permis de prouver lesquels des uns ou des autres ont raison puisqu'il n'y a qu'une importance plus ou moins grande s'il s'agit d'une formation excessive ou d'une élimination réduite dans la goutte, car l'augmentation de l'acide urique ne prouve pas un sang goutteux puisqu'on la trouve aussi dans le sang des néphritiques et des leukémiques sans cependant causer de symptômes goutteux dans ces maladies. Plusieurs auteurs ont établi une augmentation d'acide urique dans le sang leukémique et Magnus Levy (4) y a trouvé la plus forte, soit 22.6 dans 100 cc. de sang. L'origine de l'augmentation de l'acide urique dans la leukémie se trouve dans la ruine d'un grand nombre de leucocytes ou bien encore dans l'assimilation augmentée par la presence excessive des leucocytes, et bien que sa quantité dépasse celle de la goutte, il n'y a aucun dépôt urique dans la leukémie. Les recherches que j'ai faites personnellement (5) par deux fois, selon l'épreuve de Garrod, avec du sang leukémique qui contenait 9.5, respectivement 8.5 d'acide urique par 100 cc. ont donné un résultat négatif, tandis que celles que j'ai faites avec du sang goutteux contenant moins d'acide urique que le sang leukémique ont donné des résultats positifs. Ce qui vient par conséquent appuyer la thèse mentionnée plus haut.

En conséquence, l'acide urique par lui-même ne pouvant pas causer de symptômes goutteux, les auteurs reportèrent leur attention sur les reins, supposant qu'une rétention d'acide urique par ces derniers peut seul donner lieu aux procès goutteux, car Garrod déjà savait parfaitement que même l'administration d'une grande quantité d'acide urique ne peut causer de symptômes goutteux dans un corps sain. Lewison (6) prétend, avec la plus grande certitude, que les

reins sont les éléments provocateurs de la goutte. Sur 42 cas de maladies rénales examinés par lui, il a trouvé dans 12 d'entre eux des dépôts uriques dans les articulations métatarso-phalangiennes. Il s'agissait dans ces 12 cas d'atrophie granulée des reins, tandis que les cas ne comportant pas de dépôt urique représentaient d'autres espèces de maladies des reins. — Vu cette circonstance, Lewison croit que la goutte n'est causée que par l'atrophie granulaire des reins et il est d'avis qu'il est inutile de chercher des changements prononcés dans les reins car il ne s'agit là que d'un désordre fonctionnel. Minkowski mentionne, par contre, 6 cas d'atrophie granulaire dans lesquels il n'a pas trouvé de dépôts uriques et ajoute un fait, que je peux moi-même confirmer, qu il a traité un grand nombre de goutteux pendant plusieurs années sans jamais avoir diagnostiqué une affection des reins.

Ebstein mentionne également 2 cas de goutte avec des reins normaux et bien qu'il n'impute pas aux reins tous les cas de goutte, il est d'avis qu'une simple atrophie granulaire de ces derniers, sans dépôts, peut être considérée comme un rein goutteux. Ni Minkowski, ni Ebstein, ne sont disposés à attribuer entièrement les désordres primaires aux reins. Le premier est d'avis que les éléments secrétants des reins sont tellement influencés dans la goutte qu'ils ne peuvent éliminer l'acide urique qu'au cas où le sang en contiendrait une quantité plus grande que d'ordinaire. Ebstein, lui, pense que certains agents nuisibles, comme par exemple l'intoxication saturnine et l'alcoolisme, peuvent avoir influencé les reins et qu'on doit chercher la cause de l'induration des reins non dans l'acide urique mais bien dans ces agents nuisibles.

Cependant, je suis d'avis que l'agent nuisible inconnu et qui, selon Ebstein, occasionne l'induration des reins peut être accusé comme étant la cause de la goutte même, car c'est de cette façon seulement qu'il est possible de s'expliquer les cas dans lesquels les reins sont absolument intacts. En outre, pas un des auteurs n'a réussi à prouver que les changements s'opérant dans les reins sont l'affection primaire et les cas apportés par Lewison ne sont pas concluants, car ceux arrivant à l'autopsie sont d'ordinaire des cas très avancés et que, dans ces derniers, il y a aussi des changements dans les autres organes. D'un autre côté, nous avons mentionné des cas avec reins normaux et si nous voulons chercher une affection indiagnosticable dans ceux-ci, nos idées se rapprocheront de la fausse théorie du diabète rénal dont j'ai fait mention d'autre part (7).

Il est un fait certain que certains agents nuisibles tels que le plomb et l'alcool favorisent la formation de la goutte et j'ose même dire qu'il existe aussi un agent nuisible, d'origine inconnue, dans les cas où l'action du plomb et de l'alcool est exclue. Il n'est même pas besoin de considérer cet agent comme unitaire et il est très possible qu'il s'agit, dans l'un et l'autre des cas, d'un toxique différent qui est alors l'agent provocateur d'une maladie qui, non plus, n'est peut-être pas unitaire et dont nous ne connaissons que la symptomatologie, car il n'est pas certain que ce que nous appelons la goutte soit en effet une seule maladie. L'influence de l'abus de l'alcool devient évident lorsqu'on considère le nombre des goutteux dans les différents pays. Très instructif est le tableau statistique de Rendu (8) d'après lequel on remarque que la goutte est très rare en Espagne, France, Italie, Turquie et Grèce. Nous la rencontrons plus souvent en Allemagne, Danemark, Suède, Norwège et Russie et nous constatons le plus grand nombre de cas en Angleterre et en Hollande. Or, si l'on considère le premier groupe de pays sus-nommés on trouve, à l'exception de la Turquie, qu'il s'agit de pays dont les habitants boivent du vin ; le second groupe appartient aux buveurs de bière et d'eau-de-vie et enfin, dans le troisième, ce sont principalement des consommateurs d'eau-de-vie qui l'habitent. On peut arriver, par ce qui précède, à cette conclusion : que les différentes espèces d'alcools produisent des effets différents sur l'organisme et que le vin contribue le moins à la formation de la goutte tandis que l'eau-de-vie est le plus nuisible surtout si la consommation de l'alcool est accompagnée, comme en Angleterre, d'une consommation excessive de viande. Quoique Herter et Smith (9) s'efforcent à prouver que l'usage du whisky n'augmente pas l'acide urique et qu'au contraire celui du champagne l'augmente, les recherches de Rosenfeld (10) contredisent ces auteurs et démontrent que toutes les sortes d'alcool augmentent la formation de l'acide urique en favorisant la ruine des nucléines. Un fait également bien connu des auteurs est qu'un rhumatisme antérieur prédispose à la goutte et bien qu'il soit nécessaire de rejeter l'avis de Duckworth (11), qui prétend que la goutte et le rhumatisme ne sont des dérivés que d'une seule et même maladie, il faut considérer le rhumatisme comme un agent possible et nuisible dans les cas où il est le messager de la goutte. Si tous ces agents sont la véritable cause de la maladie ou seulement même des agents favorisant un toxique goutteux spécifique, il est impossible de juger au préalable, mais nos connaissances actuelles sur la goutte justifient la supposition que l'acide urique même ne peut seul être cause de cette maladie.

Minkowski suppose que le sang contient normalement de l'acide urique lié chimiquement à de l'acide nucléinique et qu'il ne peut transmettre qu'une telle combinaison par les reins. Cette supposition n'est pas suffisante non plus pour expliquer la cause de la goutte, car même si nous admettons que le sang normal contient la combinaison en question, il faut également supposer une certaine influence qui transforme cette combinaison normale en combinaison goutteuse.

Moins plausible encore est l'hypothèse émise par Ebstein sans la supposition d'un toxique goutteux. Cet auteur est d'avis que c'est la condition défectueuse du protoplasme et du nucléus qui joue le rôle primaire dans la goutte et qu'en conséquence l'acide urique et les autres bases aloxuriques et nucléiniques se forment en quantité excessive ou dans un endroit pervers. D'après Ebstein, l'acide urique, étant uni à l'alcali, dans les conditions normales, parcourt les voies sanguines et lymphatiques, se décompose en partie en route et est, en partie aussi, éliminé par les reins. — Cependant s'il y a formation excessive d'acide urique dans les muscles et la moelle et si des circonstances empêchent sa décomposition et son élimination, la goutte prend alors naissance.

Si nous comparons l'hypothèse de Minkowski avec celle d'Ebstein, nous trouvons, à part cette différence que le premier est contre et le second en faveur d'une formation excessive d'acide urique, un contraste frappant entre les deux, puisque Minkowski croit que c'est par la décomposition de la combinaison normale de l'acide urique, et Ebstein suppose que c'est par la décomposition défectueuse de l'acide urique, que la goutte prend naissance Néanmoins les deux théories peuvent être plausibles si l'on considère, dans le premier cas, que la goutte est produite par un toxique qui transforme la combinaison de l'acide urique soluble dans le sang en une combinaison insoluble ; dans le second cas, que le toxique détruit la substance qui réduit l'acide urique.

Mes présomptions sont corroborées par la supposition de Noorden qui, lui, n'exclut pas la possibilité qu'un toxique peut être l'agent véritable de la maladie et que l'acide urique est probablement produit par les tissus malades et ne peut, par suite d'un procès chimique spécial, être éloigné du lieu d'origine.

Ebstein lui-même n'exclut pas la possibilité de ma théorie en laissant indécise la question qui est de savoir si, à part l'acide urique, il y a besoin d'un autre toxique pour produire la goutte. C'est seulement de cette façon que l'on pourrait expliquer la théorie des tophi goutteux en supposant que l'inflammation et la nécrose consécutives des tissus sont produites par le toxique goutteux même et que les urates ne se déposent qu'après que la nécrose a pris naissance. De la même façon on peut expliquer les inflammations goutteuses avec peu ou sans dépôts uriques et il faut regarder l'acide urique comme étant le produit de l'agent goutteux se déposant dans les différents organes et produisant des changements anatomiques, et non comme l'excitateur de la maladie même. Notre connaissance imparfaite de la goutte ne nous permet pas de conclure sur la provenance du toxi-

que goutteux. On peut penser qu'il s'agit d'un procès analogue à l'arthrite gonorrhoïque, quoiqu'il ne soit pas exclu qu'il s'agit d'un toxique endogène, c'est-à-dire d'un toxique produit par l'organisme même et, dans ce cas, on pourrait alors regarder la maladie comme une auto-intoxication.

Bien qu'il nous soit impossible de déterminer la provenance du toxique, nous croyons devoir supposer que la même influence principalement l'assimilation des nucléines qui se manifeste en une formation excessive et une combinaison anormale ou simplement en une combinaison anormale de l'acide urique, et en outre le toxique semble capable de causer des procès inflammatoires dans les différents organes où l'acide urique se dépose.

La supposition d'un toxique n'exclut pas l'hérédité reconnue par tous les auteurs, mais je dois répéter ici ce que je disais sur l'hérédité du diabète, c'est-à-dire que ce n'est pas la maladie même mais seulement la prédisposition à cette maladie qui se transmet. D'autres éléments étiologiques tels que : vie plantureuse, manque d'exercice, abus d'aliments et de boissons, occupations nuisibles, n'excluent pas non plus la supposition d'un toxique et ne font que de prédisposer, probablement, la constitution à l'action de ce toxique.

Il s'ensuit alors que quelques auteurs, très notables dans le domaine de la goutte, n'excluent pas la possibilité d'un toxique spécifique, mais semblent effrayés de leur propre supposition, et essayent de l'affaiblir par la défectuosité du protoplasme tantôt par une insuffisance indiagnosticable des reins et à son tour par la qualité inflammatoire de l'acide urique. Tant que le fantôme d'une insuffisance indiagnosticable des reins poursuivra les plus grands maîtres de recherches et tant qu'on ne considérera pas la goutte au point de vue bactério-chimique, la pathogénie de la goutte ne pourra s'établir et seules les recherches faites dans cette direction ont chance de succès.

Classification de la goutte

Les auteurs, influencés par des théories non fondées, divisent, comme nous le verrons, la goutte différemment. Personnellement, je suis d'avis de la diviser en deux classes, c'est-à-dire : 1° selon la provenance de l'acide urique et 2° selon l'apparition de la maladie. Pour faire comprendre la classification dans le premier cas, il faut considérer que l'organisme humain, comme l'ont démontré les recherches de Fischer (13) et Miescher (14), est capable de former de l'acide urique des purines préformées de la nourriture qui prennent leur origine d'une combinaison d'acide nucléinique avec les albumines du nucléus cellulaire. Cette combinaison se nomme les nucléo-protéides. D'autre part, l'organisme est aussi capable de former de l'acide urique des composants de son propre nucléus cellulaire. Ce processus est appelé selon Burian et Schur (15) la formation endogène en contraste avec la formation originale de la nourriture qu'on appelle formation exogène d'acide urique. Or, chaque auteur ayant eu un grand nombre de goutteux à traiter sait qu'en certains cas un régime exempt des purines effectue non seulement des conditions normales d'acide urique, mais encore évite des attaques. D'autre part, on remarque que de la suppression des purines et même de la restriction la plus sévère de la nourriture azotée, ne résulte pas toujours une réduction remarquable d'acide urique. De plus, Minkowski mentionne le fait que dans certaines circonstances la proportion relative d'acide urique peut être plus grande après un régime non azoté qu'après un régime de viande, parce que l'insuffisance d'azote cause une décomposition augmentée des tissus nucléaires. Par conséquent, je divise la goutte selon la provenance de l'acide urique : 1° en goutte exogène ou alimentaire et 2° en goutte endogène.

Selon l'apparition de la maladie, Garrod et ses élèves, et dernièrement Minkowski lui-même, divisent cette maladie en goutte régulière ou articulaire et en goutte irrégulière ou goutte des organes internes, dénomination que je trouve absolument inexacte, car nous n'avons pas le droit de nommer la goutte des organes internes, irrégulière, en contraste avec la goutte articulaire. Les deux espèces peuvent être considérées comme régulières ou plutôt irrégulières car la goutte n'observe de règles ni dans son apparition ni dans son extension.

On ne peut non plus accepter la classification de Riess (16) qui, lui, distingue une goutte aiguë ou articulaire d'une goutte chronique ou goutte des organes internes avec des symptômes articulaires indécis. Il va sans dire que cette classification est inadmissible, car les deux formes peuvent être aiguës et chroniques ; mais la classification d'Ebstein est encore plus arbitraire. Cette dernière est fondée sur l'hypothèse d'Ebstein qui distingue une goutte articulaire primaire d'une goutte primaire rénale. Comme nous l'avons mentionné dans la pathogénie, l'hypothèse d'Ebstein n'est ni prouvée ni suffisante pour servir de point de départ à la classification, et ce serait une grande erreur de ne pas prendre en considération les symptômes cliniques au lieu d'une théorie non fondée.

Si je considère donc les symptômes cliniques, il est juste de diviser la goutte en : 1° goutte articulaire, d'un caractère plus ou moins localisé ; 2° goutte universelle, avec ou sans symptômes articulaires. La goutte universelle provient généralement de la goutte articulaire, mais peut aussi apparaître tout à fait indépendamment d'elle et peut attaquer n'importe quel organe, plusieurs organes même avec ou sans la participation des articulations.

Puisqu'il est question de la goutte, je considère opportun de mentionner ici un nombre de cas que j'ai observés et dans lesquels la goutte et la néphrolithiase étaient combinées. Je le fais d'autant plus qu'une partie des auteurs nient les relations entre ces deux maladies. Ce fut Trousseau qui remarqua que la goutte et la néphrolithiase sont la même maladie qui se manifeste sur différentes parties du corps. Les recherches d'Hubbard (17) également sont en faveur de cette opinion, car cet auteur a pu prouver que dans la goutte rénale il y a des douleurs qui ressemblent à celle de la néphrolithiase, et Minkowski explique très bien les relations entre les deux maladies en supposant que les dépôts uriques sont le commencement de la formation des concréments qui, parvenant dans les voies urinaires donnent lieu à la naissance de la néphrolithiase. Les cas que j'ai eu l'occasion d'observer sont tout aussi concluants.

Dans 22 cas de coliques rénales, j'ai constaté des attaques goutteuses typiques et dans 18 cas de goutte articulaire, des coliques rénales avec éloignement de concrément.

Thérapeutique.

Il va sans dire qu'une maladie dont la pathogénie est expliquée par des théories si différentes et contradictoires ne peut avoir une thérapeutique unique et le nombre des remèdes recommandés par les auteurs est excessif. Aussi, pour éviter une perte de temps et de place, nous ne nous occuperons que des agents thérapeutiques recommandables et en rapport avec les constatations objectives ou, par empirisme, basés sur des expériences. Le plus important de ces agents, celui par lequel nous commençons est :

Le régime. — Dans les cas mentionnés dans la classification et appelés par moi goutte exogène ou alimentaire, le régime est le seul agent thérapeutique par lequel on peut arriver à une guérison et dans ce cas notre devoir est de réduire la nourriture contenant des purines au point qu'elle ne cause pas une accumulation d'acide urique dans le sang. Il ressort de différentes recherches, mais principalement de celles de Weintrand (18) que les organes riches en éléments nucléaires tels que le thymus, foie, rate et cervelle favorisent le plus la formation d'acide urique et c'est pourquoi il faut les prohiber aux goutteux. Outre ces organes, on considère la nourriture animale comme agent provoquant la formation de l'acide urique et les recherches de Strauss (19) ont démontré que principalement les sucs extraits de la viande donnent lieu à une augmentation de l'acide en question. Il faut donc préférer la viande bouillie qui, par suite de l'ébullition, perd une partie de ses principes extractifs, à la viande rôtie en excluant le bouillon auquel les principes extractifs de la viande sont passés.

Une question fort discutée est de savoir si les différentes espèces de viandes produisent un effet différent sur la formation de l'acide urique. Kauffmann et Mohr (20) essayèrent de traiter cette question et déclarèrent que le bœuf, le veau et les poissons contribuent également à la formation de l'acide urique. Bien que je ne veuille pas douter de la valeur scientifique des recherches faites par ces auteurs je dois faire remarquer que les goutteux se portent mieux quand ils ne mangent que des viandes blanches, probablement parce que celles-ci sont plus faciles à digérer. Cette circonstance mérite d'attirer l'attention, ne serait-ce simplement que parce que les organes de la digestion souffrent très souvent par réaction. Je dois aussi mentionner que Kaufmann et Mohr ont trouvé que les œufs n'augmentent pas l'acide urique. Ce fait est de très grande importance si l'on considère l'utilité pratique de cet aliment.

Parmi les graisses, le beurre principalement est recommandé par Ebstein comme addition à la nourriture. Celui-ci a trouvé que jusqu'à 120 gr. de beurre par jour il n'augmente pas l'acide urique et il voudrait remplacer par des graisses les carbo-hydrates, qu'il considère comme très nuisibles par suite des indigestions qu'ils causent. Je ne suis pas personnellement de cet avis, car la restriction des carbo-hydrates en faveur des graisses cause, selon mes expériences (21) dans le diabète, plus d'indigestions. Si Minkowski, qui donne pour motif à l'argument d'Ebstein que nulle nourriture ne peut être prise si facilement et en aussi grande quantité que les carbo-hydrates, ce motif ne me semble pas suffisant pour défendre aux goutteux une nourriture exempte de purines. Il va sans dire qu'un excès des carbo-hydrates peut, en produisant un état de surnourriture, augmenter aussi l'acide urique, mais il est de notre devoir d'empêcher le malade de tout excès sans pour cela réduire le nombre de calories qui lui revient, car Ebstein lui-même l'admet, que tout ce qui affaiblit la constitution influence aussi désavantageusement la maladie. Je me garderais donc de recommander à un malade, excepté lors d'une attaque aigüe, moins de 35 calories par kilo du poids du corps. Il est alors recommandable de mélanger les carbohydrates au régime goutteux, d'autant plus qu'il faudra réduire la nourriture animale. Il faudra cependant se servir des espèces faciles à digérer, comme légumes verts, salades, pommes de terre et le pain, indispensable à la majorité des malades. Il faudra par contre défendre les légumes secs, le concombre, la tomate, l'asperge et les sucreries qui donnent lieu à des indigestions.

Vu le caractère nuisible de l'alcool dont il a été parlé dans la pathogénie, il est préférable pour le goutteux de s'en abstenir entièrement, mais comme on ne peut pas toujours obtenir une abstinence parfaite et que d'un autre côté il existe des cas où il serait contre-indiqué de retirer entièrement l'alcool, on pourra permettre un demi-litre de vin ordinaire bien coupé d'eau ou un ou deux verres de bière de Pilsen, par jour. Il n'est pas prudent de dépasser ces quantités ni de permettre l'usage des vins vieux, des eaux-de-vie et des liqueurs et quoique les auteurs anglais permettent des petites quantités de whisky sans huile empyreumatique coupé d'eau minérale, je crois qu'il est préférable de ne pas suivre leur exemple parce qu'il est plus facile d'arriver au « trop » en faisant usage de l'eau-de-vie qu'en faisant usage des autres alcools par suite de la plus grande concentration de la première.

D'autres boissons, telles que le café et le thé ; le café sur lequel il n'y a pas de recherches exactes prouvant son effet nuisible sur la goutte ne produit cependant pas un effet favorable sur les goutteux ; quant au thé, principalement celui de Chine qui contient moins de principes extractifs que le thé de Ceylan, pris en infusion faible et au cacao, il semble n'avoir aucun effet sur la goutte. Même à ceux-ci, il faut préférer le lait tout d'abord pour son action diurétique modérée et ensuite parce qu'il ne contient ni les principes extractifs, ni les alcaloïdes du café et du thé. Je considère (22) également le lait comme étant la meilleure nourriture pendant l'attaque aiguë en y ajoutant quelques œufs. Et si Cantani (23) craint que l'acide lactique puisse réduire l'alcalinité du sang, ni lui ni les autres auteurs n'ont pu prouver cette supposition. Comme produit du lait nous avons déjà mentionné le beurre et en ce qui concerne le fromage il faut de préférence faire usage des fromages de lait frais que des fromages conservés. Ces derniers, comme aussi les épices de chaque sorte, les sauces piquantes, les mets acidulés et les conserves ne sont pas avantageux aux goutteux et bien souvent mes malades m'ont dit qu'entre tous les mets c'étaient généralement les hors-d'œuvre et le dessert qui leur causaient le plus de désagréments.

Last not least, il faut aussi considérer l'eau, et il est recommandable de ne pas empêcher les malades de faire usage de l'eau mais au contraire d'en faire un plus grand usage, car l'eau produit une action plus ou moins lavante sur la constitution, circonstance qui ne doit pas être dépréciée dans la goutte. Les cas de complication de la part du cœur, du système vasculaire ou des reins, contre-indiqueraient naturellement l'usage augmenté de l'eau ; un médecin consciencieux prendra note de ces circonstances. Que les eaux alcalines sont les plus propres boissons pour les goutteux, c'est là un fait avéré et connu de tout le monde. J'ai obtenu de très bons résultats avec l'usage des eaux de Bilin et de Mattoni.

Il ne nous reste maintenant qu'à mettre en pratique les conseils dont nous avons parlé sans perdre de vue que le goutteux doit s'abstenir de tout excès et s'habituer à la modération. Il devra s'arranger de manière à ne prendre que trois repas, pas opulents, et voici ce que nous lui recommandons ; pour le petit déjeuner une tasse de thé faible ou de cacao, ou 1/2 litre de lait et 2 œufs, pain et beurre ; pour le déjeuner : un potage jardinière, pas plus de 200 gr. de viande ou de poisson, de préférence bouilli, légumes verts, compote, salade, farinage non sucré, fromage, pain, fruits, 1/4 de litre de vin coupé d'eau minérale. Le dîner ne doit pas être pris trop tard et doit être frugal. Il se composera de 100 gr. de jambon et d'œufs ou de semoule. On peut ajouter du pain, du beurre, du fromage, des fruits, 1/4 de litre de vin coupé d'eau ou un verre de bière de Pilsen.

Si des mesures diététiques produisent un changement sur la formation endogène de l'acide urique, quoique les recherches ne l'ont pas suffisamment démontré, on peut supposer qu'elles ont une influence sur ce procès, quoique cependant nous avons vu que la restriction trop sévère des substances azotées augmente la décomposition des tissus du corps et pour cette raison aussi augmente la formation endogène de l'acide urique.

La *thérapeutique médicamenteuse* concerne principalement l'attaque aiguë et on a mis dernièrement en circulation un nombre de médicaments qui, s'accommodant aux différentes théories de la goutte, sont prônés comme « solvant », « combinant » ou « éliminant » l'acide urique, mais n'ont pas justifié l'expectative. En conséquence, on est forcé d'en revenir aux anciens remèdes. Parmi ces derniers, nous ne pouvons nous passer de l'iodure de potassium et les remèdes anti-goutteux tant annoncés en Angleterre, ne jouissent d'une énorme vente que parce qu'ils en contiennent principalement. Je me suis servi dernièrement, au lieu de l'iodure de potassium, de son substitut qui ne possède pas de qualités accessoires, le sajodin dont on peut prescrire 2 ou 3 gr. par jour.

Il faut aussi considérer les salicylates, entr'autres l'aspirine et ses variétés, la diaspirine, et le salol qui augmentent l'élimination de l'acide urique. On ne sait pas comment cette augmentation se produit ; mais je crois que c'est l'action antiseptique produite par l'acide salicylique qui, en se séparant de ces médicaments, exerce une influence sur la maladie. De la même façon, je puis m'expliquer l'action favorable de l'urotropine qui produit du formaldéhyde lequel a un effet antiseptique sur l'organisme.

Dans des cas durant longtemps, il est recommandable de se servir alternativement des remèdes ci-dessus mentionnés en en administrant de chaque 3 à 4 gr. par jour. En cas de violentes douleurs on peut ajouter de petites quantités d'antipyrine, de phénacétine, de pyramidon ou d'opiacés, mais il est à recommander de ne pas se montrer prodigue

de ces derniers. En Angleterre on se sert volontiers du colchicum, quoique les résultats obtenus avec celui-ci soient inférieurs à ceux obtenus avec les salicylates et sans compter son action accessoire désagréable sur le cœur.

La thérapeutie à l'alcali mérite une appréciation spéciale et bien que les recherches expérimentales n'aient pas prouvé jusqu'ici de quelle manière ces préparations agissent sur la constitution goutteuse, les médecins ont recours à elles quand les autres remèdes sont épuisés. Les principales sont les eaux alcalines naturelles contenant des alcalins différents en quantité convenable et qui les rendent bonnes à nettoyer le système.

Très importante aussi est l'action purgative de ces eaux, ainsi que la haute température des eaux thermales qui produit probablement une action osmotique. Dans le cas de certains thermes, comme ceux de Carlsbad, il ne faudrait pas oublier de considérer également leur radio-activité et bien que nous ne sachions pas encore de quelle manière agit cette qualité d'eau, nous sommes portés à supposer qu'elle produit une action bactéricide.

Pour venir en aide à la thérapeutie interne on emploie des bains et dans ce but il faut préférer les bains chauds aux froids. car mon expérience m'a démontré que la diminution de la chaleur du corps a un effet nuisible sur la goutte. Le cas est le même lorsque la température est trop forte et elle n'est employée alors que pour des applications locales.

Il est excessivement important que les malades fassent de l'exercice, excepté dans l'attaque acute lorsqu'on recommande un repos absolu de quelques jours, car le manque d'exercice est très souvent un agent étiologique dans la goutte. La marche est préférable à tous les remèdes physiques, la gymnastique suédoise et le massage lui sont beaucoup inférieurs et ne peuvent être considérés que comme remèdes secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Klemperer. — Lösung und Zerstörung der Harunsäure im Blute Gesunder und Gichtkranker. *Thérapie der Gegenwart.*

2. Minkowski. — Die Gicht Nothnagel's Pathologie und Therapie.

3. Ebstein. — *Die Gicht Deutsche Klinik.*

4. Magnus-Léwy. — Der Stoffffwechsel bei acuter und chronischer Leukämie.

5. S. A. Arany. — Beitrage zur Pathogenese, Einteilung, und Therapie der Gicht. *Zeitschrift fur diatet. u. phys. Therapie*, 1909.

Le même. — The Pathogeny of Gout. *Medical Presse*, 1909.

6. Lewison. — Zur Lehre der Pathologie der Gicht. *Zeitschr. für klin. Med.* 1894.

7. S. A. Arany. — The Pathogeny of Diabetes. *Medical Press*, 1908. *Le même.* Zur Pathogenese des Diabetes. *Pester Med. Chir. Press*, 1908. *Le même.* A diabetes pathogenesis. *Orvosi Hetilap*, 1908.

8. Rendu. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, par Dechambre.

9. Herter and Smith. — Observations on the excretion of uric acid in health and disease. *New York Journ.* 1892.

10. Georg. Rosenfeld. — Einfluss des Alkohols auf den Organismus.

11. Duckworth. — A treatise of Gout, 1889.

12. von Noorden. — Handbuch der Stoffwechelkrankheiten.

13. E. Fischer. — Synthese in der Puringruppe Bericht der deutschen Chem. Gesellschaff, 1899.

14. Miescher. — Phys. chem. Untersuchung der Laxmilch. *Archiv. f. exper. Pathologie u. Pharm.* 1896.

15. Burian und Schur. — Die Stellung der Purinkörper im menschl. Stoffwechsel. *Pfluger's Archiv.* 1901.

16. Riess. — Die Gicht. Eulenburg's Realencyclopädie.

17. Hubbard. — Observations on Nephralgie and report of cases Simulating stone in the Kidney. *Amer. Journ. of Surgery*, 1889.

18. Weintramd. — Ueber Harnsäure bildung beim Menschen, *Berl. Klin. Woch.*, 1895.

19. H. Strauss. — Ueber die Beeinflussung von Harnsâure, und Aloxurbasen. Ausscheidung durch Extractivstroffe des Fleisches. *Berl. klin. Woch.*, 1898.

20. Kaufmann und Mohr. — Beitrage zur Aloxurkörper Frage und Pathologie der Gicht. *Deutsch Arch. f klin. Med.* 1902.

21. S. A. Arany. — Das diabetische Regime. *Zeitschr. fur diat. phys. Therapie*, 1908. *Le même.* A diabetes gyzozgitäs *Orvosi Hetilap*, 1909.

23. Cantani-Hahn. — Pathologie u. Therapie der Stoffwechselkrankheiten, 1880.

22. S. A. Arany. — Dietary in Diabetees and Goul. *Med. Press.* 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 juillet 1909.

Action de l'urohypotensine sur la pression artérielle. — MM. ***Abelous*** et ***Bordier*** ont recherché par quel mécanisme la substance de l'urine normale qu'ils ont isolée et désignée sous le nom d'hypotensine déterminé l'hypotension.

Les tracés montrent que l'hypotension n'est pas due à une diminution de l'énergie systolique du cœur ; elle ne ressortit pas non plus à la paralysie des vaso-constricteurs, car il est toujours possible, pendant la baisse de pression, de produire des réflexes vaso-constricteurs, en excitant, par exemple, le bout central du vague, l'autre étant sectionné.

C'est donc sur le système vaso-dilatateur qu'agit l'uro-hypotensine.

Comme la vaso-dilatation se manifeste encore nettement après la section du bulbe et la destruction de la moelle, est est donc d'origine périphérique, ce qui n'exclut pas d'ailleurs, sur l homme normal, l'intervention des centres vaso-dilatateurs bulbo-médullaires.

Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le singe. — M. *Ch. Nicolle*. Le typhus exanthématique, maladie considérée comme particulière à l'homme, n'avait pu jusqu'à présent être reproduite chez les animaux. Son étude expérimentale, qui semblait impossible, devient réalisable du fait de son inoculabilité au singe.

Un jeune chimpanzé a pu être infecté par l'inoculation de 1 cc. de sang d'un malade atteint de typhus bénin (sang prélevé le jour de l'éruption) ; après une incubation de 24 jours, il a présenté un typhus des plus nets, d'une durée de 7 jours, avec cachexie consécutive.

Le sang de ce chimpanzé, prélevé au 4e jour de l'infection et inoculé sous la peau d'un macaque, a déterminé un typhus type au bout de 13 jours d'incubation.

Le virus du typhus est présent dans le sang de l'homme le jour de l'éruption et, chez le chimpanzé, deux jours avant l'apparition de celle-ci. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1909.

Les laits destinés à l'alimentation de l'enfance. — M. ***Martel*** insiste sur le péril que peut faire courir à l'enfance le défaut de surveillance actuel sur la provenance des laits.

Le lait de Paris et communes suburbaines est anormalement pauvre en éléments nutritifs. Les vaches y sont alimentées, dans la proportion de 56 %, avec des drèches, qui augmentent la quantité du lait produit au détriment de la qualité.

Le lait provenant des départements n'offre aucune garantie au point de vue des conditions hygiéniques de production.

Il conviendrait d'assurer d'une façon étroite le contrôle sanitaire de la production du lait.

La toxicité des mélanges d'acétylène et d'air. — M. ***Nestor Gréhant.***

Rapport sur le compte rendu d'une mission à l'étranger de MM. Marie et G. Roussy. — M. *Letulle.* Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juillet 1909.

Sérothérapie antiméningococcique dans 196 cas de méningite cérébrospinale. — M. *Dopter* a réuni 196 cas de méningite cérébrospinale traités par le sérum qu'il prépare à l'Institut

Pasteur. Sur ces 196 cas, il y a eu 31 décès, soit une mortalité de 15,86 %. En défalquant 12 cas, injectés *in extremis*, la mortalité tombe à 10,32 %. L'abaissement est donc considérable eu égard à la mortalité des cas traités par les moyens usuels (60 à 70 %), et M. Dopter croit pouvoir mettre les bons résultats sur le compte de la façon particulière dont il a immunisé ses chevaux. L'expérience lui ayant prouvé qu'un sérum antimicrobien seul est plus antiendotoxique qu'un sérum préparé avec les macérations de microbes, il a immunisé ses chevaux avec des cultures vivantes seules, injectées dans les veines. L'A. a remarqué que certains cas paraissent réfractaires à son sérum : ce sont les cas traités tardivement, les cas à forme cérébrale, les formes septicémiques ou hypertoxiques, les cas s'accompagnant d'abcès superficiels ou profonds, qui échappent à l'action directe du sérum.

La comparaison de l'activité thérapeutique des deux sérums, (sérum préparé à la façon américaine ou allemande et sérum préparé d'après sa méthode) montre que ce dernier sérum est plus actif.

Xanthomes, ictère et cholémie. — MM. ***de Beurmann*** et ***Laroche*** apportent l'observation d'une malade atteinte d'ictère chronique consécutif à des coliques hépatiques, qui présenta de nombreuses tumeurs xanthomateuses. La malade avait été opérée trois fois pour cholélithiase angiocolite et l'autopsie n'a révélé aucune autre lésion. Ce cas infirme donc la théorie du xanthome primitif, acceptée par la plupart des dermatologistes, et il faut admettre que le xanthome cutané est une des nombreuses manifestations extérieures de l'état cholémique.

Myélite centrale consécutive à une méningite cérébrospinale. — MM. ***Lejonne*** et ***Rose*** rapportent cette observation : malade de 22 ans, atteint en mai 1908 de méningite cérébrospinale sporadique à méningocoque, guéri en 7 mois ; quatre mois après, apparition d'une paraplégie sensitivo-motrice avec troubles sphinctériens progressifs. Amélioration par le massage et les injections de nucléinate de soude. Pour les auteurs il ne s'agit pas de lésions médullaires consécutives à la méningite, mais de l'évolution d'une myélite concomitante de la méningite et restée latente pendant 3 mois.

Epilepsie jacksonnienne. Gliome de la circonvolution F. 1. — MM. ***Ménétrier*** et ***Mollet*** : femme, 47 ans, avec crises d'épilepsie-jacksonnienne à début facial. Autopsie : petite tumeur siégant dans la partie antérieure de la 1re circonvolution frontale, intéressant la substance blanche et grise ; pas de méningite ; zone rolandique intacte. Examen histologique : intégrité de la région rolandique et des méninges ; les coupes de la tumeur montrent qu'on a affaire à un gliome, dissociant et comprimant les éléments nerveux de la région.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Maux perforants plantaires, traitement. — M. ***Lacapère*** rapporte 3 observations de maux perforants traités et guéris par les étincelles de haute fréquence. L'un des malades présentés est tabétique et guéri de maux perforants multiples, persistant depuis des années. Un autre malade présenté est actuellement en voie de guérison.

Néoplasme épithélial de la vessie traité par le radium (Méthode de Dominici). — M. ***Minet***. — Les séances furent répétées pendant 3 mois et bien tolérées par la vessie. Le résultat du traitement a été : l'augmentation de la capacité vésicale, la suppression de la sonde hypogastrique et la fermeture actuellement presque complète de la fistule, la disparition des douleurs de la miction par la voie naturelle et le rétablissement de la perméabilité du col vésical à la dilatation ; l'état général du malade est excellent.

M. Minet exprime sa confiance dans la possibilité d'améliorer et peut-être de guérir ainsi des tumeurs vésicales inopérables soit par les voies naturelles, soit à la faveur d'une taille palliative.

Actions comparées de l'électricité et des autres agents physiques dans le traitement des atrophies musculaires. — MM. ***Laquerrière*** et ***Delherm*** montrent que dans le traitement des atrophies musculaires, l'électrothérapie permet de réaliser les actions circulatoires analgésiques et trophiques que l'on demande habituellement au massage ; mais que de plus, avec les progrès modernes de l'instrumentation, elle permet une gymnastique musculaire des plus précieuses parce qu'elle est active quoique involontaire. Les auteurs pensent donc que l'électricité fournit à elle seule presque la totalité des effets thérapeutiques que l'on demande habituellement aux autres agents physiques.

Néphrectomie primitive pour rein calculeux. Guérison. — M. ***Cathelin*** apporte une intéressante observation d'une malade de 45 ans qu'il a néphrectomisée à l'Hôpital d'urologie le 26 février dernier. La radiographie faite par Infroit avait confirmé le diagnostic clinique et le cathétérisme urétéral avait montré la déficience absolue de ce rein et la virginité de l'autre, ce qui avait autorisé, après extirpation du calcul, à faire d'emblée la néphrectomie qui, au contraire, doit céder le pas à la néphrolithotomie ou à la pyélotomie postérieure dans l'immense majorité des cas.

Greffe antisénile. — Sous le nom de greffe antisénile, M. ***Maurice Bloch*** décrit un procédé qui a pour but d'inoculer aux vieillards précoces des cellules jeunes de nature indéterminée qui leur permettent de récupérer une certaine partie de leurs forces.

A propos de 5 nouvelles observations du traitement chirurgical des rétrodéviations par le procédé de ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne de Dartigues. — M. ***Dartigues***, à l'occasion de 5 observations nouvelles de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, décrit à nouveau le procédé qu'il a exécuté pour la première fois en 1905 pour les rétro-déviations utérines, et qu'il appelle ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne.

Ce procédé a été exécuté à sa suite par de très nombreux chirurgiens en France, auxquels il a donné de bons résultats.

Plusieurs chirurgiens l'ont également utilisé à l'étranger en particulier le Dr Himmelfarbe à Odessa. M. Dartigues rappelle qu'en 1903, Baldi, de Philadelphie, avait également décrit ce procédé en quelques lignes.

Ont pris part à la discussion : M. Pichevin, Lapointe, Pouliot, Ozenne, Peraire.

Séro-diagnostic de la syphilis. — MM. ***Gastou*** et ***Girauld*** attirent l'attention sur l'utilité du séro-diagnostic dans le diagnostic de la syphilis, dans les cas où cette maladie présente des symptômes anormaux ou lorsqu'elle est à l'état latent. Il y a un très grand intérêt à être fixé sur l'existence de la syphilis dans les cas de mariage ou d'allaitement. Quoique la méthode ne soit pas d'application facile, il y a lieu actuellement de faire le séro-diagnostic dans tous les cas où la clinique ne peut donner de renseignements.

Des injections de strophantine cristallisée, par M. *Pédebidou*. — Conclusions : Toxicité de la strophantine cristallisée résultant de ces expériences :

Par la voie buccale, le lapin meurt en 3 h. à la dose de..........	0 gr. 0086	Par kilo d'animal
Par la voie intramuscul., en 1 h 50, à la dose de.	0 » 00027	
— — en 1 h., à la dose de.	0 » 00036	
— intraveineuse, en un temps variant de 8 min. à 1 h., à des doses de 0 gr. 0001 à	0 » 002	
(Les lapins en bas âge ont offert la même tolérance que les adultes).		
Par la voie buccale le pigeon meurt en 3 h., à la dose de	0 » 0138	
Par la voie intramuscul., en 3 h., à la dose de.	0 » 00042	

La strophantine cristallisée est donc, chez le lapin, 20 à 30 fois plus toxique par la voie musculaire que par l'estomac et de 40 à 80 fois plus par la voie intra-veineuse (c'est-à-dire qu'un milligramme par cette voie équivaut à quatre cents granules par la voie stomacale). Chez le pigeon, elle est 30 fois plus toxique par la voie intra-musculaire que par l'estomac.

La tolérance, même aux doses ultra-thérapeutiques, s'est toujours montrée parfaite, et ces doses élevées ont pu être répétées tous les deux jours, pendant un mois, sans accidents d'accumulation.

La méthode intraveineuse, qui a provoqué la mort subite à une dose infime, ne peut être qu'un moyen thérapeutique de rare exception. Elle peut être avantageusement remplacée par l'injection intra-musculaire et surtout (1) par les granules d'extrait titré de strophantus à la dose massive de 12 à 18 en un jour comme le prescrivait Potain en cas urgent.

La strophantine cristallisée, découverte par M. Catillon en 1887, est seule officinale en France ; c'est ce produit défini qui a servi à nos expériences. Elle est évidemment préférable à la strophantine amorphe, d'activité variable, qui sert de base aux formules allemandes. Il faut savoir que 4 dixièmes de milligramme de cristallisée équivalent à 1 milligramme d'amorphe.

Hallucinations terrifiantes, vertiges accompagnés d'actes violents inconscients, secousses musculaires, attaques convulsives à cycle épileptique. — M. *Filassier* rapporte l'observation d'un malade qu'il a vu à l'asile Ste-Anne dans le service de M. le Dr Magnan et qui, à la suite de gros excès d'absinthe, a présenté des hallucinations terrifiantes, des vertiges accompagnés d'actes violents inconscients, de secousses musculaires, d'attaques convulsives à cycle épileptique. Ce malade, âgé de 29 ans, s'était adonné à l'absinthe depuis l'âge de 17 ans.

Mort de M. Saint-Yves-Ménard. — M. le Président annonce la mort du Dr Saint-Yves-Ménard, ancien président de la Société, et M. Paul Guillon, secrétaire général, lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques.

Le Secrétaire de séance : Dr André Gigon. — *Le Secrétaire général adjoint :* Dr Dubar.

CORRESPONDANCE

Congrès de Budapest

Les médecins roumains ont envoyé la lettre-circulaire suivante que nous croyons devoir insérer :

Monsieur et très honoré confrère,

Les médecins Roumains, ayant décidé de ne pas prendre part au congrès international de médecine du Buda-Pesth, se sentent obligés d'expliquer à leurs confrères de tous les pays qui se rendront à ce congrès les motifs puissants qui leur ont dicté cette décision.

Tout aussi bien que leurs collègues étrangers, les médecins Roumains sont persuadés que la science est internationale, au sens le plus élevé du mot ; qu'elle crée, entre ceux qui la servent, une fraternité particulière et qu'elle contribue tout spécialement à maintenir la paix et à établir des liens solides entre les peuples divers.

Mais, d'autre part, ces congrès internationaux s'accompagnent toujours des fêtes à l'occasion desquelles les congressistes sont les hôtes du pays même où le congrès s'est réuni ; or il serait douloureux aux médecins Roumains de prendre part aux réjouissances de Buda-Pesth, alors qu'il s'est trouvé un tribunal hongrois pour condamner à la prison une Roumaine, Mme Anna Vlad, femme d'un député au parlement hongrois, sous l'inculpation, sans précédent dans l'histoire des nations, d'avoir dit à des enfants roumains, dans une école roumaine, qu'ils avaient le droit et le devoir de cultiver leur langue maternelle.

Mme A. Vlad n'a pas, il est vrai, subi sa peine, ayant été récemment graciée par S.M. l'Empereur-Roi. Mais il est évident que cet acte de haute clémence de la part du souverain ne change rien au fait même de la condamnation ; il en explique, au contraire, péniblement le caractère offensant et démontre d'une façon éclatante qu'en Hongrie, la justice dénie aux Roumains de ce pays le droit imprescriptible que popssède tout homme de cultiver sa langue nationale.

En s'abstenant, dans des conditions semblables, de participer aux fêtes de Buda-Pesth, les médecins roumains ne font qu'obéir à leur conscience d'hommes civilisés et de patriotes éclairés. Ils déplorent la triste circonstance qui les empêche de serrer la main à leurs collègues étrangers et leur donnent rendez-vous au prochain congrès, qui aura lieu ailleurs que dans le pays où l'on interprète comme un attentat contre la sûreté de l'Etat l'acte simple et touchant d'une femme conseillant à des enfants de parler leur langue maternelle.

Le Comité :

Le Président : Prof. Dr Thomas Jonnesco. Doyen de la Faculté de Médecine de Bucarest.

Membres : MM. les Professeurs. Dr : Angelesco (Bucarest), Babès (Bucarest), Balacesco (Iassy), Buicliu (Bucarest), Cantacuzene (Bucarest), Demosthene (Bucarest), Draghiesco (Bucarest), Juvara (Iassy), Maldaresco (Bucarest), Manicatide (Iassy), Manolesco (Bucarest), Marinesco (Bucarest), Minovici (Bucarest), Obregia (Bucarest), Paulesco (Bucarest), Petrini-Galatzi (Bucarest), Petrini-Paul (Bucarest), Proca (Bucarest), Romniceano (Bucarest), Severeano (Bucarest), Sion (Bucarest), Stoicesco (Bucarest), Sutzu (Bucarest), Theohary (Bucarest), N. Tomesco (Bucarest), T Tomesco (Bucarest).

ANALYSES

Sur le diagnostic précoce et le traitement du carcinome gastrique ; par Hale White. (*The Brit. med. Journ.*, 1909, 3 avril.)

D'après les autopsies, le cancer de l'estomac représente la moitié des cancers, et 1,5 % des cas de mort. Le seul traitement efficace est l'excision de la tumeur, mais les malades viennent presque toujours trop tard, soit à un moment où il y a le plus souvent des métastases, notamment dans le foie. On trouve la plupart des carcinomes gastriques entre 40 et 70 ans. Si un malade, au delà de 40 ans, qui n'a jamais souffert de troubles digestifs, manifeste une indigestion chronique qui ne cède pas à un traitement interne de plusieurs semaines, il faut songer à une affection gastrique et pratiquer une laparotomie exploratrice. Il faut s'efforcer de reconnaître le carcinome, quand il n'est pas encore palpable. Très souvent le carcinome se développe sur un fond d'ulcère, de sorte que la découverte anamnésique des symptômes de l'ulcus peut permettre un diagnostic précoce. Le symptôme le plus fréquent du carcinome gastrique est la douleur ; l'amaigrissement et l'anémie y sont plus notables que dans la dyspepsie habituelle ; de même l'anorexie, les nausées, ainsi que la répugnance contre la nourriture apparaissent de bonne heure dans le carcinome gastrique. Dans ce mal, le contenu en acide chlorhydrique libre est abaissé la plupart du temps ; c'est très rare qu'il y ait augmentation, et cela se présente quand le cancer s'est développé sur un ulcère. L'examen microscopique du sang, notamment, est important. Si la réaction au gaiac est positive, elle n'a de valeur qu'autant que le malade n'a pas mangé de viande peu auparavant. Dans 35 à 40 % des cas, les matières vomies montrent du sang reconnaissable macroscopiquement. Dans 60 % des cas, le carcinome siège au pylore et provoque des symptômes de sténose. La percussion, l'excitation artificielle, la succussion, ne sont pas à dédaigner pour la détermination des limites du cancer. Il en est de même des rayons X, après ingestion de bismuth : on peut ainsi juger du passage du bismuth par le pylore, tandis que la méthode pour apprécier la dilatation de l'estomac est moins certaine. Un signe important réside dans la vision du péristaltisme provoqué, ainsi que dans la présence d'acide lactique dans les matières vomies : signes en faveur d'une obstruction pylorique. Dans les cas où l'opération radicale est impossible, la gastroentérostomie est un bon moyen palliatif ; les vomissements cessent, la digestion s'améliore, le poids augmente, et la tumeur s'accroît plus lentement, à cause de l'absence d'excitation par les ingestions. C.



(1) MM. Barié et Hirtz concluent de même : « L'extrait de strophantus est bien préférable, disent-ils, surtout sous forme de granules de Catillon, bien dosés et qui répondent parfaitement à toutes les indications ». *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4 juin 1909.

BIBLIOGRAPHIE

Les névralgies et leur traitement; par MM. Fernand Lévy et A. Baudouin. (1 *Vol. des actualités médicales*. J.-B. Baillière.)

MM. Fernand Levy et A. Baudouin, bien connus pour leurs travaux sur les névralgies (sur la névralgie faciale notamment) et sur leur traitement par les injections d'alcool, viennent de faire paraitre sur ces questions un petit volume qui rendra de très grands services au praticien.

Il comprend des considérations générales sur les névralgies, suivant leur type anatomique et clinique (périphériques, funiculaires, radiculaires ou médullaires), suivant leur pathogénie (syphilis, paludisme, tuberculose, diabète, etc.), et des détails très précis de thérapeutique symptomatique sur les névralgies en général.

Puis sont passés successivement en revue les traitements des névralgies en particulier. Le traitement de la névralgie faciale par les injections d'alcool est, en particulier, décrit avec toute la compétence particulière et toute l'expérience qu'en ont les jeunes auteurs : les repères, l'instrumentation, la technique, les résultats à attendre, sont minutieusement indiqués.

Le traitement de la sciatique, notamment par les injections profondes de sérum, est également fort bien présenté.

Les autres névralgies font l'objet du reste du volume.

L'exposition de ces différents sujets est simple, précise, très scientifique d'allure et très pratique quant aux détails techniques. P. Carnot.

Hygiène scolaire, par le Dr L. Dufestel, médecin-inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris (1 vol. in-18, jésus, cartonné toile, avec 61 figures dans le texte. Prix : 5 fr. Chez O. Doin, Paris, 1909.)

Le Dr L. Dufestel a, dans ce volume, cherché à exposer d'une façon claire et à la fois concise, les notions acquises à l'heure actuelle en Hygiène scolaire. Laissant de côté toutes les choses surannées, il s'est contenté d'exposer les plus récents progrès et les plus modernes applications des sciences à l'Hygiène de l'Ecole et à celle de l'Ecolier.

Dans la première partie, l'auteur étudie la construction du bâtiment, l'éclairage, le chauffage et la ventilation de la classe, puis il expose les bases scientifiques d'un mobilier scolaire rationnel.

Les chapitres de la seconde partie sont consacrés à l'étude de l'Ecolier ; après un rapide exposé de la croissance physiologique et des meilleures conditions d'Hygiène physique, le Dr Dufestel aborde les questions si discutées aujourd'hui de l'Hygiène intellectuelle. Les plus récentes acquisitions de la science sur les effets du travail intellectuel, sur la mesure de la fatigue et sur le surmenage, sont tour à tour rapidement exposées. L'examen de l'Ecolier et l'établissement de la fiche de santé terminent cette partie.

Les maladies scolaires et leur prophylaxie constituent la troisième partie.

Dans la quatrième, l'auteur passe en revue les différentes œuvres de préservation scolaire qui ont pour but de protéger l'enfant soit au cours de sa scolarité, soit postérieurement.

Enfin, les derniers chapitres sont consacrés à l'inspection médicale de l'école et à l'étude du rôle du médecin et de ses rapports avec les parents et le personnel enseignant.

Comme le dit dans sa préface le Dr Albert Mathieu : « Les lecteurs de ce petit traité y trouveront clairement et méthodiquement exposées les notions indispensables au médecin des écoles soucieux de connaître son métier. Il est assez élémentaire pour que les éducateurs, les magistrats municipaux et même les simples pères de familles puissent le lire et en faire leur profit. »

La criminalité dans l'adolescence ; par G. L. Duprat. Un volume in-8 de la *Bibliothèque générale des sciences sociales*, de 200 pages. (Chez Félix Alcan, Paris, 1909.)

Il existe incontestablement une criminalité propre à l'adolescence : à cette période critique de transition correspond une forme de criminalité, aussi bien que cette dernière se manifeste différemment chez un vieillard. La puberté constitue une phase remarquable qui permet de séparer l'adolescent de l'enfant.

M. Duprat étudie en conséquence cette criminalité avec une méthode et un sens critique excellents, en partageant son livre en trois parties : le mal, les causes, les remèdes. Le volume, bourré de faits, ne peut se résumer en quelques lignes, il serait même imprudent de le tenter car le lecteur pourrait croire qu'il y a des omissions. Je signale donc au hasard quelques faits particulièrement intéressants.

L'auteur donne une excellente leçon à ceux qui utilisent des statistiques criminelles sans les comprendre. Que de fois n'entendons-nous pas des optimistes affirmant la diminution de la criminalité infantile et se basant pour cela sur le moins grand nombre des poursuites. Or, si l'on interprète les chiffres comme il convient — et M. Duprat n'y a pas manqué — on constate que la criminalité infantile s'est accrue dans tous les pays. Et M. Duprat affirme qu'il en est ainsi dans tous les pays, malgré l'habileté de ceux qui veulent prouver le contraire par des raisonnements sans bases précises.

Il existe également une mise au point très nette des rapports entre les types criminologiques et l'état mental. La délinquance résulte de la nature du sujet, mais aussi et surtout de l'éducation qui lui est donnée. Le défaut d'éducation familiale, les erreurs de l'éducation scolaire, les mauvais exemples, la crise de l'apprentissage, sont des causes qui se combinent directement pour amener des perversions.

M. Duprat donne les remèdes : et en observateur sagace, il donne une part à l'éducation préventive. Sans parler des anormaux que les criminalistes passent souvent sous silence, et dont l'éducation est de toute nécessité, il faut assurer la fréquentation scolaire de tous les enfants. Le jour où cette dernière serait obtenue, je mets en fait que la criminalité serait diminuée dans une forte proportion ; pour y parvenir, les pouvoirs publics n'ont qu'à s'inspirer des conseils de M. Duprat. G. P.-B.

Notions d'hydrologie moderne : radioactivité ; gaz rares, isotonie, constitution et indications ; par le Dr G. Bardet, avec une préface de M. le professeur Albert Robin. Un volume in-18, cartonné toile, de 230 pages. (Octave Doin et fils, éditeurs : 3 fr. 50.)

Les notions relatives aux eaux minérales ont singulièrement varié dans le courant des dernières années, à la suite des récentes conquêtes de la chimie physique. La découverte du radium et les phénomènes de la radioactivité, d'une part, la connaissance des gaz rares, d'autre part, les phénomènes de l'isotonie enfin, ont permis d'envisager beaucoup d'eaux thermales de manière toute nouvelle. La question de l'origine des eaux a elle-même subi des transformations considérables, à la suite des recherches de M. le professeur Armand Gautier. Tous ces faits nouveaux se trouvent disséminés dans un certain nombre de recueils qui sont lus surtout par les chimistes et les physiciens, ils y sont généralement traités suivant le mode de publication des scientifiques purs, ce qui ne permet guère au médecin de les aborder. Aussi M. Bardet a-t-il cru bien faire en vulgarisant tous ces faits récents de la façon la plus simple et en les mettant à la portée du médecin qui pourra ainsi se mettre, facilement et sans aucune difficulté, au courant de toutes les idées modernes.

La fonction musculaire ; par Mlle le Dr Joteyko, 1 volume in-18 jésus, cartonné toile, de 420 pages, avec 36 figures dans le texte : 5 fr. (Chez Doin et fils, éditeurs, à Paris.)

Mlle J. Joteyko s'est créé une réputation universelle par ses travaux sur la physiologie des muscles et la fatigue. Le présent volume est un exposé clair et méthodique de cette question de physiologie, dont plusieurs chapitres sont dus entièrement aux contributions personnelles de l'auteur. Nous y relevons notamment les chapitres sur la fonction motrice du sarcoplasme, sur l'électrophysiologie, la théorie de l'origine périphérique de la fatigue, l'étude mathématique des courbes ergographiques et les études sur l'énergétique musculaire, qui ont pris un si grand essor dans ces derniers temps et au progrès desquels le laboratoire d'Ernest Solvay, de Bruxelles, n'a pas peu contribué.

Ce volume vient combler une lacune dans la littérature physiologique : les anciens traités avaient perdu toute actualité. Aussi sera-t-il demain lu par tous les physiologistes et étudiants en médecine. Il est destiné à devenir rapidement classique.

Maladies des veines et des lymphatiques ; par MM. Launay, et Brodier, 1 vol. gr; in-8 de 266 pages, avec 39 figures. Broché : 5 fr., cartonné: 6 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris.)

M. Launay étudie d'abord les lésions traumatiques des veines, *contusions* et *plaies* : les divers traitements des *hémorragies* sont soigneusement passés en revue. Les *varices* et leurs complications sont étudiées tant au point de vue de leur pathogénie que de leur traitement hygiénique et chirurgical. La *phlébite* est une maladie infectieuse présentant des origines multiples et des formes très variables : les traitements de *phlegmatia alba dolens* et des phlébites suppurées, circonscrites ou diffuses, sont soigneusement passés en revue, immobilisation et mobilisation, ainsi que le traitement préventif de l'embolie et de la pyohémie.

M. Brodier passe successivement en revue les affections suivantes des lymphatiques :

Infections du système lymphatique et rapports des lymphangites axec les dermites et les phlegmons,

Affections des vaisseaux lymphatiques : Lésions traumatiques simples ; kystes lymphatiques ; lymphangite aiguë ; lymphangite chronique simple ; lymphangite tuberculeuse ; lymphangites vénériennes ; lymphangite sporotrichosique ; lymphangite et paludisme ; lymphangite cancéreuse.

Affections du canal thoracique : Plaies ; infections ; cancer.

Affections des ganglions lymphatiques : Lésions traumatiques simples ; kystes ganglionnaires ; adénite aiguë adénite chronique simple ; tuberculose ganglionnaire ; adénites vénériennes ; adénite lépreuse ; adénite charbonneuse ; adénite farcineuse ; adénite pesteuse ; adénite climatérique, bubon climatérique ; adénite rhumatismale ; adénite ourlienne ; adénites néoplasiques.

Lymphangiectasies : Obstruction ; infection ; dilatations des vaisseux lymphatiques ; lymphangiectasies congénitales.

Le *Nouveau Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet se présente sous la forme de fascicules séparés, où se groupent les affections ayant entre elles des connexions plus ou moins étroites. Ce mode de répartition des matières, qui s'écarte de la forme traditionnelle du volume, offre un double avantage ; il entoure le chapitre de barrières moins fixes et laisse aux auteurs plus de latitude ; d'autre part, il assure plus de célérité dans la publication en permettant l'impression des manuscrits dès leur remise.

Autour de leur autorité scientifique incontestable, les directeurs ont su grouper un choix de collaborateurs actifs.

Treize fascicules sont déjà en vente : *Grands Processus morbides* (10 fr.) ; *Maladies de la peau* (3 fr.) ; *Maladies des muscles* (4 fr.) ; *Hernies* (8 fr.) ; *Lésions traumatiques des articulations* (6 fr.) ; *Arthrites tuberculeuses* (5 fr.) ; *Corps thyroïde et Goitres* (8 fr.) ; *Maladies des os* (6 fr.) ; *Maladies de l'œil* (8 fr.) ; *Maladies des articulations* (6 fr. ; *Maladies du crâne* (10 fr.) ; *Oto-Rhino-Laryngologie* (12 fr.) ; *Maladies des veines et des lymphatiques* (5 fr.)

Les indiscrétions de l'histoire, par l'auteur du *Cabinet secret*, le Dr Cabanès (6e et dernière série). (Chez M. Albin Michel, éditeur, 10, rue de l'Université, 1909.)

Le Dr Cabanès est d'une curiosité inlassable. Après nous avoir donné *Marat inconnu*, le *Cabinet secret de l'histoire*, les *Morts mystérieuses de l'histoire, Poisons et sortilèges* (avec la collaboration de Lucien Nass), la *Névrose révolutionnaire, Napoléon jugé par un Anglais*, les *Curiosités de la médecine, Remèdes d'autrefois, Gaietez d'Esculape*, etc. le voici qui nous sert de nouvelles indiscrétions. Il est vrai que ce nouveau livre nous était dû, puisqu'il clôt un ouvrage en cinq volumes, dont le présent est à la hauteur du passé. Cette fois-ci, Cabanès nous montre Louis XI jugé par l'histoire, mais expliqué par la médecine : c'était un aliéné à classer parmi les *demi-fous*.

Comment est mort Luther ? Ici l'auteur a eu l'amabilité de reproduire notre article paru dans le *Progrès médical* du 6 mars 1909. Pour Cabanès, le grand réformateur est mort d'une pneumonie ; selon nous de sclérose et insuffisance cardiaque ; mais cette divergence d'opinion en telle matière ne suffit pas pour brouiller deux vieux amis.

Nous retrouvons dans ce volume la curieuse communication que fit Cabanès à l'Académie de Médecine le 9 février 1909 sur les sources d'inspiration médicales de Molière. A retenir également un excellent chapitre sur la façon dont se soignait Voltaire, un autre très important sur les causes de la mort de J.-J. Rousseau, exposé qui élimine définitivement la légende du suicide.

Une autre question palpitante, bien que lointaine, est soulevée : Bonaparte a-t-il fait étrangler Pichegru ? On a reproché à Bonaparte suffisamment de crimes pour que, grâce à l'argumentation serrée de Cabanès, nous l'absolvions de cette autre accusation.

Et Napoléon ? Etait-il malade à Waterloo ? Encore une nouvelle question que pose et que résout le Directeur de la *Chronique médicale*. On voit qu'on ne s'ennuie pas en sa compagnie. Il oblige le lecteur, d'abord à lire ses livres, puis à les méditer, et à être insensiblement « empoigné » par l'intérêt des questions posées par Cabanès, et les solutions toujours solides et puissamment documentées qu'il propose.

Cette 6e série des indiscrétions de l'histoire ne peut qu'avoir le succès des cinq précédentes, et ce sera justice. Cornet.

Thérapeutique médicale et médecine journalière. 5e édition. (Vigot frères, éditeurs, Paris.)

Le prof. G. Lemoine (de Lille) présente une 5e édition de son Manuel de thérapeutique clinique, qui constitue en réalité un livre nouveau, tant elle a été remaniée et complétée.

Ce livre n'a aucune prétention à l'érudition : il cherche à faire une sélection, et écarte systématiquement beaucoup de médications et de médicaments, pour ne garder que les méthodes jugées par sa pratique personnelle comme les meilleures et les plus utiles.

Il doit être consulté par ceux qui désirent un renseignement pratique pour traiter un malade et non par ceux qui font des recherches bibliographiques.

En tête de chaque chapitre, l'auteur a placé un rappel des symptômes et du diagnostic précédant le traitement : les considérations cliniques doivent en effet toujours conserver la première place dans un traité de thérapeutique et l'on doit toujours apprendre à traiter des malades plutôt que des maladies.

Le succès des éditions précédentes montre que le but poursuivi par l'auteur a été largement atteint. P. Carnot.

Syphilis osseuse (*Syphilis acquise*), par le docteur Louis Spilmann, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, chargé de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie. Un volume in-16 de 131 pages, avec 21 figures formant 12 planches hors texte. Prix : 3 fr. 50. (Paris 1909. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.)

Toutes les affections osseuses qui dérivent de la syphilis ne sont pas syphilitiques de nature. Les unes, les plus nombreuses, consistent en des manifestations spécifiques ; elles procèdent directement de la syphilis et ne sont pas seulement d'origine, mais d'essence syphilitique, tout comme la plaque muqueuse et la gomme. C'est la *syphilis osseuse à proprement parler*. Les autres ne sont que des accidents indirects de la syphilis ; ce sont des lésions vulgaires, banales, non spécifiques. Laissant de côté les accidents osseux banals, dérivant de lésions syphilitiques de voisinage, le docteur Spilmann a eu seulement en vue les accidents osseux de nature syphilitique d'emblée, syphilitiques d'essence syphilitique, c'est-à-dire les véritables lésions osseuses de la syphilis acquise.

Après un court chapitre historique, son livre traite de la fréquence, de l'échéance d'invasion, des localisations et de l'étiologie de la syphilis osseuse. Cherchant à préciser des lésions réalisées sur le squelette par la syphilis, l'auteur étudie successivement les lésions osseuses latentes, les lésions inflammatoires et les lésions gommeuses. Le chapitre des lésions inflammatoires comprend la description détaillée des périostites, des ostéopériostites ossifiantes, raréfiantes, érosives, de l'ostéoporose. L'éburnation, l'ostéo sclérose, la nécrose et les différentes phases de la période gommeuse sont ensuite longuement décrites. La partie anatomo-pathologique comprend aussi un chapitre réservé aux lésions spéciales à certains os, lésions des os longs, des os courts, des os plats, de la colonne vertébrale.

Le chapitre V est consacré à l'étude clinique : étude de grands symptômes de la syphilis osseuse, des particularités cliniques relatives aux différents os, et des complications. Le diagnostic et le traitement sont étudiés en dernier lieu.

Ce livre a été fait sous l'inspiration de M. le professeur Fournier, qui a bien voulu mettre à la disposition de l'auteur d'intéressants documents personnels. Le docteur Louis Spilmann a eu également la bonne fortune de pouvoir reproduire une série de pièces osseuses puisées dans la riche collection particulière de M. le professeur Fournier. Les 12 planches hors texte insérées à la fin de l'ouvrage et les notes qui les accompagnent constituent par là même des documents inédits d'un grand intérêt : tous ceux qui s'intéressent à la syphilis seront heureux de les posséder. G. Milian.

Les maladies des enfants, tome I, par V. Hutinel, professeur de clinique médicale infantile avec la collaboration de MM. Lesné, Louis Martin et Darré. (Un volume in-8° de 808 pages. Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1909.)

Ce volume s'occupe d'abord, des périodes de l'enfance, de la structure et du mode de fonctionnement des organes, de la naissance, de l alimentation, de l'hygiène, de la natalité et de la mortalité infantiles. Toute cette première partie, très remarquable, à laquelle a collaboré le Dr Lesné, est un modèle de clarté et de précision. C'est un traité complet d'hygiène, qui trace, entr'autres choses, la façon dont on doit pratiquer l'isolement dans les hôpitaux d'enfants, en même temps qu'un traité de pathologie générale.

La deuxième partie, précédée d'un chapitre sur l'infection, traite des différentes maladies infectieuses. On pourrait croire que les notions qui y sont contenues sont la répétition des traités déjà parus. Mais la médecine se transforme avec une rapidité extraordinaire et les auteurs ont cherché et ont réussi à éclairer la genèse des complications à la lueur des découvertes modernes et à mettre en relief ce qu il y avait de plus récent concernant ces maladies.

Ce traité a de plus un mérite. Malgré son importance (5 volumes) il possédera une unité de vues qui manque souvent quand il existe de nombreux collaborateurs indépendants les uns des autres ; le professeur Hutinel a fait appel à plusieurs de ses élèves qui connaissent son enseignement et ses idées ; le plan de tous les articles a été établi de concert et le maître les a tous revus. C'est là un point qu'il n'est pas indifférent de signaler.

Je donnerai l'analyse des quatre autres volumes.

Georges Paul-Boncour.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos des réformes de l'enseignement médical

Le *Comité de vigilance du Congrès des Praticiens* nous demande d'insérer le document ci-joint, remis le 12 juillet à M. le président du conseil des ministres par le Dr Dubuisson, député, au nom de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, du *Comité de vigilance du Congrès des praticiens*, de la *Société de l'internat*, des *Syndicats médicaux de la Seine et de Paris*, de *l'Association corporative des étudiants* et de plusieurs *médecins* et *chirurgiens des hôpitaux*, pour réclamer la formation d'une Commission constituée de manière à pouvoir délibérer en toute indépendance et chargée d'étudier le recrutement des maîtres auxiliaires des écoles de médecine.

Monsieur le président du Conseil,

A la suite des incidents provoqués par le concours d'agrégation en médecine au mois de décembre dernier, les représentants du Corps médical, de l'Union des Syndicats médicaux de France, du Comité de vigilance du Congrès des praticiens, des Syndicats de la Seine et de Paris, de la Société de l'internat, accompagnés de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, de délégués des candidats au concours d'agrégation, de représentants de l'Association corporative des étudiants en médecine, ont eu l'honneur de vous rendre visite. Vous avez accueilli leur démarche avec une bonne grâce dont ils vous gardent un souvenir reconnaissant et vous leur avez demandé de rédiger à l'adresse de Monsieur le ministre de l'instruction publique un mémoire, indiquant les causes de l'agitation qui s'était produite à l'école de médecine, et les remèdes à y apporter, un exemplaire de ce mémoire vous a été également adressé sur votre demande.

Ce mémoire montrait le préjudice que le concours d'agrégation causait à l'enseignement médical, aux candidats et aux praticiens. Les représentants du Corps Médical concluaient en demandant qu'une commission, libre, indépendante, composée, de manière qu'aucune décision ne lui fût imposée à l'avance, des maîtres de nos écoles et de médecins praticiens fut nommée pour étudier la question du recrutement des maîtres auxiliaires des écoles de médecine, question de la solution de laquelle dépend l'organisation tout entière de notre enseignement médical. Certains médecins estiment que celui-ci peut conserver la *forme* qu'il revêt aujourd'hui, que de nouveaux règlements prescrits par l'administration centrale peuvent faire disparaître des défauts reconnus de tous et dus aux règlements anciens, que le recrutement des maîtres auxiliaires doit continuer à dépendre de l'Etat. D'autres estiment qu'une large décentralisation est nécessaire, qu'une vie nouvelle pourrait être imprimée à notre enseignement médical, si une large liberté était accordée aux écoles de médecine, dans leur administration et si, en France, comme partout à l'étranger, le recrutement des maîtres dépendait des écoles.

***

Nous avons demandé qu'une Commission instituée par le ministère de l'instruction publique pût *étudier* les deux systèmes, qu'elle n'ait pas pour but reconnu ou caché de maintenir un système créé par la Restauration, et dont les avantages ne sont pas démontrés, mais de les comparer avec ceux qui existent hors de France, dans des pays où l'enseignement médical peut être moins efficace qu'il ne l'est chez nous, mais peut aussi l'être plus, et où l'on n'a jamais accusé l'organisation administrative de gêner et d'entraver la vie scientifique, puis de déterminer, dans le seul intérêt de l'enseignement et de la vie scientifique, le système le meilleur.

La création d'une commission ainsi constituée, poursuivant un résultat pratique dans un esprit philosophique et désintéressé, a-t-elle paru dangereuse au ministère de l'instruction publique ? a-t-il craint que la sûreté et les intérêts de l'Etat fussent compromis par une discussion impartiale sur le concours d'agrégation ? Si l'on oppose les intérêts de l'Etat à tout mouvement de décentralisation, aucune décentralisation ne sera jamais possible en France. Toujours est-il que nous n'avons pas appris que la Commission réclamée par nous dût être nommée, mais seulement que le ministère de l'instruction publique avait poursuivi des enquêtes auprès des facultés et se préparait à prendre une décision sans avoir fait mine de consulter le *Corps Médical*.

Celui-ci a montré de la manière la plus évidente l'intérêt qu'il porte à l'enseignement médical en France. Les critiques qu'il a formulées n'ont pas été réfutées ; aux réformes qu'il a demandées aucune objection n'a été faite. Nous voudrions, et nous vous parlons en toute sincérité, éviter toute cause d'agitation nouvelle dans nos écoles. Une révolution dans leur enseignement est nécessaire, mais nous voudrions qu'un régime nouveau se substitue au régime ancien sans heurts, sans secousses, s'il est démontré que ce nouveau régime est reconnu meilleur par des hommes auxquels nous accorderons notre confiance. Si l'ancien régime conserve quelque vertu, ses partisans ne doivent craindre ni les débats ni la lumière.

***

Nous espérons, Monsieur le président du conseil, conserver votre appui et obtenir, grâce à votre intervention, la création de la Commission que nous vous avons demandée, et qui assurera la paix dans le milieu médical, un peu troublé par des décisions prises en dehors de lui, et qu'il a jugées contraires aux intérêts des étudiants et des médecins. L'opinion publique, et non seulement l'opinion médicale, sait que tout n'est pas pour le mieux dans nos écoles de médecine ; des hommes éminents le lui ont dit et répété, elle ne comprendrait pas que des obstacles administratifs empêchent seuls les réformes qu'elle juge nécessaires.

Veuillez agréer, etc.

Dr Noir, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France ; Dr Leredde, secrétaire général du Comité de vigilance du Congrès des praticiens ; Dr Guillemonat, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine ; Dr de Pradel, secrétaire général du Syndicat des médecins de Paris ; Dr Prayle, secrétaire général de la Société de l'internat ; Lafontaine, secrétaire général de l'Association corporative des étudiants en médecine.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'indépendance vasculaire des lobes du foie et les abcès hépatiques d'origine appendiculaire ;

Par A. BAUER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
(*Travail du laboratoire de M. le Professeur Brissaud*).

On sait que d'après MM. Glénard et Sérégé le foie serait divisé en deux lobes bien distincts, anatomiquement et fonctionnellement indépendants ; une ligne allant de l'incisure biliaire à l'embouchure des veines sus-hépatiques limiterait ces deux lobes ; le lobe droit, comprenant le lobe de Spicgel, serait exclusivement tributaire de la veine grande mésaraïque ; le lobe gauche, comprenant le lobe carré, serait exclusivement tributaire du tronc commun de la petite mésaraïque et de la veine splénique.

Cette conception, qui soulève d'intéressants problèmes, a été tout particulièrement défendue depuis quelques années par M. Sérégé : cet observateur s'est surtout attaché à démontrer l'existence d'un double courant sanguin dans la veine-porte, « produit par la réunion des sangs mésentérique et gastro-splénique qui, obéissant aux lois de l'hydraulique qui régissent le cours des fleuves et des ruisseaux, s'accolent sans se mélanger dans le parcours commun de la veine-porte, pour se distribuer l'un dans le foie droit, l'autre dans le foie gauche » (1).

Sous l'influence des publications de ces auteurs et de celles de plusieurs observateurs italiens, de M. Silvestri en particulier, la théorie de l'indépendance des lobes du foie et du double courant porte paraissait sortir peu à peu du domaine de l'hypothèse et entrer dans le domaine des faits établis. Or, après avoir examiné avec soin les principaux éléments qui servent de base à la conception de MM. Glénard et Sérégé, nous appuyant sur les faits que nous avons communiqués avec M. Brissaud, sur les travaux de MM. Gilbert et Villaret, de M. Dévé, sur certaines des recherches de M. Looten, nous avons mis en évidence, dans un récent travail intitulé : *L'indépendance des lobes du foie est une hypothèse* (2), l'insuffisance des arguments anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentaux présentés jusqu'ici par MM. Glénard, Sérégé et leurs partisans ; nous avons montré de plus que la limite entre le lobe gauche et le lobe droit proposée par ces auteurs — ligne de séparation relative pour M. Glénard, absolue pour M. Sérégé — n'est pas moins conventionnelle que la limite adoptée par les classiques.

En réponse à nos critiques, M. Sérégé vient de faire connaître dans une série d'articles, publiés dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, quelques arguments nouveaux (3), parmi lesquels se trouvent placés au premier rang une série d'observations d'abcès hépatiques d'origine appendiculaire. Au cours de la publication de ces articles nous nous proposions d'étudier avec soin ces arguments, quand, à la fin du travail, nous nous sommes trouvé devant l'aveu que l'auteur fait lui-même des difficultés qu'il y a à démontrer l'existence réelle d'un accouplement gastro-spléno-hépatique !

Alors, nous nous sommes demandé s'il y avait lieu d'insister, car c'est là toute la question. Chacun sait que les processus infectieux, les embolies de toute nature, etc., qui gagnent le foie par la veine porte, se localisent de préférence dans le lobe droit. Cette localisation, comme nous le disions dans notre précédent travail, dépend du simple fait que le lobe droit est beaucoup plus volumineux que le lobe gauche ; sa branche porte a un calibre plus considérable que la branche porte du lobe gauche et, par suite, les processus morbides ont beaucoup plus de chances de se localiser à droite. De plus, la direction même de la branche droite explique encore la plus fréquente pénétration des germes morbides dans le lobe droit. Ce sont là des arguments qui, bien que fort simples, méritent d'être pris en considération.

Par conséquent, les localisations dans le lobe droit n'ont, par elles-mêmes, en faveur de l'hypothèse de l'indépendance des lobes du foie, aucune valeur démonstrative. Elles ne pourraient prendre quelque importance que si elles venaient, avec beaucoup de précision, appuyer des faits non moins précis démontrant l'existence des rapports exclusifs du lobe gauche avec le tronc gastro-splénique.

Et, si nous demandons une grande précision dans les localisations, c'est que, pour MM. Glénard et Sérégé, le segment du lobe droit des auteurs classiques, compris entre le ligament suspenseur et la ligne passant par le sillon de la vésicule biliaire, ferait en réalité partie du lobe gauche.

M. Sérégé écrit : « L'étude des localisations hépatiques se fera plus facilement sur l'accouplement entéro-hépatique droit que sur l'accouplement gastro-spléno-hépatique gauche dont les conditions physiques sont moins favorables. Il en est de même des conditions anatomiques. En effet, si nous jetons un coup d'œil sur les vaisseaux qui sont issus de ce territoire, nous sommes surpris de la variabilité qu'ils présentent comme point d'abouchement dans la veine-porte..... Quoi d'étonnant, dès lors, à ce que les embolies parties du rectum aient une localisation hépatique variée ? Il en est de même des veines pylorique et coronaire stomachique » (1).

M. Sérégé ne s'étonne pas ! Mais qu'il nous soit permis, à nous, de nous étonner de son peu d'étonnement, puisque c'est lui-même, dans ses précédents articles (2), qui citait parmi les faits devant venir à l'appui de son hypothèse : 1° des observations d'ulcérations dysentériques du gros intestin prédominant dans l'S iliaque et le rectum, compliquées d'abcès du lobe gauche — observations qui, d'ailleurs, n'avaient rien de probant et que nous avions dû écarter ; 2° une observation de cancer du rectum avec métastase dans le lobe gauche du foie (Frerichs).

Dès lors, nous avions pensé qu'aux yeux de M. Sérégé, le sang de la veine petite mésentérique (qui charrie le sang venu du rectum, de l'S iliaque, du côlon descendant et d'une partie du côlon transverse) se répandait dans le lobe gauche et nous avions cru pouvoir opposer légitimement aux faits précédents : 1° des observations de cancer du rectum, soit avec métastases dans le lobe droit, soit avec métastases dans les deux lobes (Gaudier et Debeyre, Rabé, Lereboullet) ; 2° une observation de lésions dysentériques de l'S iliaque ayant été le point de départ de nombreux abcès du foie, surtout à droite (Chauveau).

De même, M. Sérégé ayant, comme nous l'avons vu plus haut, utilisé pour sa démonstration des faits de métastases cancéreuses, nous avions cru pouvoir avec quelque raison utiliser, pour la défense de notre thèse, des observations de cancer de l'œsophage (Bacaloglu), du pylore (Griffon), du duodénum (Mauclaire et Durrieux) avec

(1) SÉRÉGÉ. — *Gazette hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 1909, n° 20, p. 231.
(2) BAUER. — *Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1909, n° 1. Voir indications bibliographiques dans les deux récents articles précités.
(3) SÉRÉGÉ. — Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie. (*Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1909, n°s 16, 17, 18, 19 et 20.)

(1) SÉRÉGÉ. — *Loc. cit.*, n° 20, p. 231.
(2) SÉRÉGÉ. — *Journ. de médecine de Bordeaux*, avril 1901, p. 292 et suiv.

métastases plus ou moins nombreuses dans les deux lobes du foie. Nous avions pris ces trois observations comme types, mais les faits de ce genre sont nombreux.

Sans avoir fait de recherches bibliographiques complètes, qu'il nous suffise de signaler encore un cas très intéressant, publié par M. Milian (1), de cancer de l'œsophage compliqué de quelques noyaux secondaires, qui étaient « uniquement distribués dans le lobe droit et le lobe carré : le lobe gauche est indemne » et quelques cas de cancer de l'estomac avec métastases cancéreuses répandues indistinctement dans les deux lobes du foie [Lorrain (2), Vigouroux (3), Pelletier (4), Trémolières (5)].

D'après M. Sérégé, ces faits « doivent être considérés comme des cas exceptionnels, demandant une explication spéciale, mais ils ne sauraient être choisis comme argumentation contre la thèse que nous défendons » (6) et voici comment ces faits « peuvent être facilement expliqués ». M. Sérégé, revenant à son « schéma de verre, représentant très exactement le système vasculaire porte », nous dit que, dans cet appareil, « lorsque la densité du sang splénique devenait supérieure à celle du sang mésentérique, il y avait croisement des veines liquides, le sang splénique passait alors par le foie droit, le sang mésentérique par le foie gauche. Or, la présence dans le sang splénique d'une embolie à densité supérieure à celle du sang est susceptible de déterminer des perturbations dans la marche des courants, de provoquer momentanément leur croisement, surtout si cette embolie est d'un certain volume » (7).

Tout d'abord, cette explication est basée sur une nouvelle hypothèse : en effet, nous ne savons rien du volume des embolies cancéreuses dans les divers cas cités, pas plus d'ailleurs que nous ne sommes fixés sur le volume, la densité, etc., des embolies microbiennes dans les cas d'abcès hépatiques d'origine appendiculaire cités dans le nouveau travail de M. Sérégé.

Mais nous savons, d'une façon générale, que les embolies cancéreuses peuvent être de volume minime, réduites même à une simple cellule cancéreuse qui, une fois fixée, deviendra le point de départ d'une colonie. Dans la communication que nous citions plus haut, M. Milian écrit : « En dehors des nodules cancéreux, on trouve aussi dans les capillaires, assez rarement il est vrai, des cellules cancéreuses isolées, point de départ d'une colonie. On les reconnaît facilement à leur volume, à leur noyau énorme, très foncé, souvent en division ».

D'autre part, nous ferons remarquer à M. Sérégé que, si l'on admet son hypothèse, on est par là-même en droit de supposer que, dans ses recherches expérimentales, les quelques grains d'encre de Chine lancés dans la circulation porte peuvent troubler la marche du courant sanguin au moins autant que quelques cellules cancéreuses — et cependant, au dire de M. Sérégé, ces quelques grains d'encre de Chine sont retrouvés exclusivement dans le territoire hépatique tributaire du vaisseau injecté !

Quoi qu'il en soit, ce qui importe ici, ce qui ressort de l'explication donnée par M. Sérégé, c'est que cet observateur refuse aujourd'hui toute valeur démonstrative à un certain nombre de faits qu'il avait lui-même présentés précédemment à l'appui de sa thèse. Ce facile abandon ne nous surprend pas ; mais les faits n'en restent pas moins, démontrant que les embolies cancéreuses, quel que soit leur point de départ sur le tube digestif, se localisent aussi bien dans le lobe droit que dans le lobe gauche, avec prédilection, il est vrai, dans le lobe droit, pour les raisons anatomiques déjà indiquées.

(1) Milian. — Soc. anatomique de Paris, 1899, p. 1099.
(2) Lorrain. — Soc. anatomique de Paris, 1903, p. 527.
(3) Vigouroux. — Soc. anat. de Paris, 1903, p. 818.
(4) Pelletier. — Soc. anatom. de Paris, 1904, p. 322.
(5) Trémolières. — Soc. anatom. de Paris, 1905 p. 636.
(6) Sérégé. — *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1909, n° 20, p. 231.
(7) *Idem.*

Et cependant, si, au point de vue de la localisation des embolies cancéreuses dans le foie, M. Sérégé ne veut plus tenir compte ni de la petite mésentérique, ni de la veine pylorique, ni de la veine coronaire stomachique, cet observateur ne manquera pas de prendre en considération ces deux dernières voies d'apport au foie, pour l'étude des localisations dans le lobe gauche des produits infectieux ou toxiques venant de l'estomac ou du duodénum.

Mais nous avons montré ce que vaut cet argument : en effet, critiquant un travail de R. Glénard (1), nous écrivions : « Dans son intéressante revue sur l'indépendance des lobes du foie, R. Glénard, au chapitre des arguments cliniques, page 86, dit : L'alcool frappe surtout le *lobe droit* ». « Gastrite alcoolique = tuméfaction des *lobes droit et moyen*, dyspepsie alcoolique = hypertrophie souple du *lobe gauche* ». Voilà, manifestes déjà, de grosses difficultées d'interprétation, et ces difficultés apparaissent insurmontables quand, à propos des arguments anatomo-pathologiques, page 89, R. Glénard adopte les conclusions de MM. Mongour et Sérégé qui, ayant trouvé chez un alcoolique des *lésions beaucoup plus accusées dans le lobe gauche que dans le lobe droit*, admettent, avec Brandt et von Hering, que l'alcool, résorbé par la muqueuse de l'estomac, est transporté directement dans le foie gauche où il produit les premières lésions ».

Passons maintenant à l'étude des nouveaux arguments de M. Sérégé.

Dans la première partie de son travail, la seule dont nous nous occuperons ici, M. Sérégé signale une série d'observations cliniques ou anatomo-pathologiques d'abcès du foie d'origine appendiculaire, oppose la rareté des abcès du lobe gauche à la fréquence des abcès du lobe droit et en tire argument pour affirmer « l'existence de rapports fonctionnels étroits entre l'intestin moyen et le foie droit » et « la présence dans la veine-porte de deux courants orientés, l'un du territoire mésaraïque vers le foie droit, l'autre du territoire gastro-splénique vers le foie gauche ».

Ainsi que nous l'avons déjà dit, et pour les raisons que nous avons indiquées, il n'est pas douteux que, d'une façon générale, les abcès d'origine appendiculaire se localisent de préférence dans le lobe droit, tout comme les abcès dysentériques, les kystes hydatiques, les cancers secondaires et même les cancers primitifs, etc. On peut donc, *a priori*, dénier toute valeur démonstrative aux observations d'abcès du foie d'origine appendiculaire présentées par M. Sérégé, et c'est aux faits tendant à prouver l'existence dans le foie d'un territoire gastro-splénique que nous pourrions réserver nos critiques.

Toutefois, puisque M. Sérégé semble attacher une grande importance à ces observations, nous les étudierons de près et nous verrons ensuite s'il est possible d'adopter son opinion sur leur portée. « Ces faits, dit M. Sérégé, ont pour nous plus de valeur que l'expérimentation la mieux conduite, car la localisation du germe pathogène s'est faite physiologiquement, sans que le moindre trouble ait été apporté à la circulation du fait d'une intervention. Ils sont des preuves remarquables de l'existence de rapports fonctionnels étroits entre l'intestin moyen et le foie droit.... » (p. 188) et plus loin : « M. Looten, s'appuyant sur son expérience négative, se croit autorisé à affirmer qu'il y a brassement de tout le sang intestinal durant son

(1) R. Glénard. — *Progrès médical*, 1908, n° 8.

passage dans le tronc porte. Nous ne saurions accepter cette manière de voir. Si cela était, aurions-nous la localisation systématique dans le foie droit des abcès uniques d'origine appendiculaire ? Cette constatation, dont on ne saurait nier l'importance, est pour nous une preuve indéniable de l'existence d'un double courant portal ; elle constitue une série expérimentale d'une valeur d'autant plus grande que les résultats qu'elle fournit ont été obtenus physiologiquement, sans que la main de l'expérimentateur ait apporté dans l'organisme la moindre perturbation » (p. 220).

Une première objection s'impose, immédiate, tirée du travail même de M. Sérégé.

Etant données les raisons présentées par cet auteur pour expliquer les localisations cancéreuses et les résultats expérimentaux qui vont à l'encontre de sa théorie, il ne paraît pas possible d'admettre son opinion sur la signification qu'il a attribuée à la localisation des abcès du foie d'origine appendiculaire.

Nous avons vu, en effet, que M. Sérégé n'attache plus aujourd'hui aucun intérêt aux faits d'embolies cancéreuses parce que, d'après lui, ces embolies doivent modifier la densité du sang porte et troubler la marche normale des courants.

Voici, d'autre part, les explications que donne M. Sérégé pour réfuter les faits expérimentaux qui viennent à l'encontre de son hypothèse : « Une sensibilité particulière, l'influence de l'air extérieur sur l'abdomen ouvert, les tiraillements exercés sur l'intestin, le simple contact des instruments, le liquide injecté, suffisent pour déterminer des réflexes vaso-moteurs que l'on ne saurait éviter et qui peuvent rendre l'expérience négative » (p. 220). Tout cela est vrai en soi ; mais nous nous demandons comment M. Sérégé est sûr dans ses expériences personnelles, qu'il qualifie positives, d'avoir évité cette série de causes d'erreurs.

Nous ne voulons pas nous arrêter à la critique des faits expérimentaux. Ce que nous voulons faire remarquer, c'est que dans tous les faits cliniques invoqués par M. Sérégé en faveur de son hypothèse, le système porte était exposé à des perturbations vaso-motrices au moins aussi importantes que celles auxquelles étaient exposés nos animaux d'expérience.

Quand M. Sérégé nous dit que, dans les abcès hépatiques d'origine appendiculaire, la localisation du germe pathogène s'est faite physiologiquement....., son affirmation paraît déjà subversive en présence des faits où la lésion première est minime et strictement limitée à l'appendice, — car il n'est pas prouvé qu'un petit foyer appendiculaire ne détermine pas dans le régime circulatoire du système porte des troubles importants ; — à plus forte raison, se refuse-t-on à admettre qu'une inflammation aussi violente qu'une péritonite généralisée aiguë (obs. I) ou subaiguë (obs. XXII), qu'un foyer étendu de péritonite localisée, péri-appendiculaire ou pelvienne (obs. II, III, IV, XII, XVII, XIX et d'autres encore peut-être), qu'une infection rétro-péritonéale étendue (obs. IX, XXIII) ne provoquent pas des modifications très importantes de la circulation porte (spasmes et dilatations vasculaires, généralisées ou localisées, par action directe ou indirecte, etc.). Nous estimons que dans ces cas les troubles circulatoires peuvent être tout aussi importants que les perturbations occasionnées, d'après M. Sérégé, par le transport d'une minime embolie cancéreuse, partie du rectum ou de l'œsophage — ou par une minime intervention opératoire (1).

Les objections formulées par M. Sérégé se retournent donc contre les observations qu'il présente ; et si M. Sérégé faisait à ses propres arguments les objections qu'il adresse aux arguments de ses contradicteurs, il serait contraint de refuser à l'anatomie pathologique, aussi bien qu'à l'expérimentation, toute contribution valable à l'étude de la circulation porte.

Nous ne serons pas aussi intransigeant et nous nous contenterons, à cet égard, de rayer de la statistique de M. Sérégé d'une part les observations d'interprétation trop complexe où une péritonite généralisée, une péritonite localisée mais importante, une inflammation rétro-péritonéale étendue, ont été signalées, les observations manquant de précision au point de vue de la discussion actuelle, enfin les observations ne rentrant pas dans le cadre que s'impose M. Sérégé.

M. Sérégé recueille 55 observations d'abcès du foie d'origine appendiculaire (thèse Berthelin, Abbadie, Lepouble, Boivin) dont il élimine 24 cas d'abcès avec phlébite suppurative des vaisseaux portes, « qui ne sauraient être pris en considération, cette complication créant des conditions anormales de circulation éminemment favorables à la généralisation ».

Dès maintenant, nous ferons observer que cette division, qui paraît si simple au premier abord, peut être fort difficile à établir et qu'un désaccord peut aisément surgir entre les observateurs en présence d'une même observation.

En voici la preuve : l'obs. XIX du travail de M. Sérégé, classée en tête des observations « d'abcès multiples du foie sans phlébite portale », est intitulée par cet auteur : « *Appendicite. Abcès du foie. Péritonite généralisée* ». Or, si nous nous reportons à l'original, nous voyons que le titre exact est : « *Appendicite*, PYLÉPHLÉBITE. *Abcès du foie. Péritonite généralisée* » (1) et, dans le compte rendu de l'autopsie, nous trouvons indiqué : « au moment où l'on coupe le pédicule du foie, un flot de pus s'écoule par l'orifice sectionné de la veine porte ».

Au reste, nous ne voyons pas clairement la règle suivie dans sa division par M. Sérégé, puisque tantôt il tient compte d'observations où il est dit que la veine porte renfermait du pus (obs. XIX, obs. XXV), tantôt il les écarte, par exemple une observation de Reinhold (2) d'abcès multiples du foie, surtout abondants dans le lobe droit, consécutifs à une ulcération de l'appendice, où il est dit, d'une part, qu'à la pression de la coupe du foie, du pus sourd par l'embouchure des vaisseaux porte, et d'autre part que le tronc de la veine porte et ses racines viscérales sont libres ; leur contenu n'est pas puriforme ; elles ne présentent pas d'inflammation pariétale.

Et pourquoi tenir compte, parmi les observations d'abcès multiples sans phlébite, de cette observation de Koch (obs. XXVI) où le diagnostic de pyléphlébite a été discuté quelques jours avant la mort et où le compte rendu de l'autopsie reste muet sur l'état du système porte.

D'ailleurs, en prenant pour exemple une observation que cite M. Dieulafoy : *Appendicite. Abcès du foie consécutifs* (3) — où le tronc de la veine porte était indemne de phlébite, mais où les réseaux veineux appendiculaires et péri-appendiculaires, très développés, présentaient des lésions de phlébite et de thrombose, — on peut se demander

(1) Voir, par exemple, le travail où nous montrions que, chez le lapin, une gouttelette d'encre de chine, injectée avec précaution dans la pulpe même de la rate, se répand dans le foie tout entier. (BRISSAUD et BAUER : A propos de l'indépendance des lobes du foie, 29 juin 1907.)

(1) Thèse LAPOUBLE. — Bordeaux, 1905-1906, p. 118, obs. Venot.

(2) REINHOLD. — Fälle von Leber-Abscess nach veralteter, völlig latent verlaufener Perityphlitis..... (*Münchener Mediz. Wochensch.* 1887, p. 649, obs. 11.

(3) DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. II, 1898, p. 167.

si telles ou telles des observations incomplètes, figurant dans la statistique de M. Sérégé, n'auraient pas été placées, après un examen complet du système porte, à côté de l'observation de M. Dieulafoy.

On voit donc combien est complexe la question que M. Sérégé tranche si délibérément.

Nous ferons remarquer, d'autre part, que la division, si logique en apparence, établie par M. Sérégé conduit cet auteur à écarter un certain nombre de faits des plus intéressants, qui parfois se trouvent en opposition avec la théorie qu'il défend. A titre d'exemple, nous citerons cette ancienne observation de Hillairet (1), la première des observations éliminées par M. Sérégé : *Phlébite suppurative de la veine porte. Inflammation du cœcum. Péritonite purulente.* C'est l'histoire d'un malade de 24 ans qui mourut après avoir présenté des symptômes d'appendicite et d'hépatite. A l'autopsie, on trouva un foyer de péritonite suppurée, occupant la fosse iliaque droite et le bassin, renfermant l'appendice profondément lésé. « Le foie, dont le volume est notablement augmenté, offre une coloration jaunâtre générale, avec teinte ardoisée en certains points. C'est dans la veine porte que l'on trouve la principale lésion. La *branche gauche* du vaisseau est oblitérée dès sa naissance par un caillot ramolli, suppuré, non adhérent ; à partir de là, toutes les divisions de cette veine sont remplies de pus jusque dans l'intérieur du foie. Cette altération est très manifeste à la coupe du foie. On voit alors, en effet, sous l'influence d'une légère pression, des gouttelettes de pus sourdre de chaque orifice béant de la veine porte... On ne trouve nulle part de pus collecté en abcès. Rien de notable dans les autres organes. »

Voilà donc un cas de *lésion appendiculaire*, avec foyer périappendiculaire, qui détermine une *phlébite suppurative localisée à la branche gauche de la veine porte.* Cette localisation ne nous paraît pas en faveur de l'hypothèse du double courant porte et des rapports exclusifs de la branche porte gauche et du lobe gauche avec le territoire veineux gastro-splénique.

Enfin, l'influence de la phlébite sur la localisation des abcès dans le foie droit ou dans le foie gauche est si peu démontrée par les faits que, dans le plus grand nombre des observations d'abcès hépatiques d'origine appendiculaire, *qu'il y ait phlébite ou non*, les abcès siègent dans les deux lobes, soit sans prédominance marquée, soit avec prédominance dans le lobe droit. D'ailleurs, il est en général impossible de savoir si la phlébite tronculaire a précédé ou suivi la formation des abcès.

Mais, reprenons le travail de M. Sérégé.

M. Sérégé retient donc, après sélection, 31 observations qui toutes, — sauf un cas d'abcès unique dans le foie gauche et cinq cas d'abcès multiples généralisés à tout l'organe, sans qu'une prédominance dans tel ou tel lobe ait été signalée, — viendraient à l'appui de la théorie du double courant porte.

Parmi ces 31 cas, M. Sérégé nous dit que 11 fois il s'agissait d'abcès unique, 20 fois d'abcès multiples.

Parmi les 11 cas d'abcès unique, 10 fois l'abcès siégeait dans le lobe droit, une seule fois dans le lobe gauche.

Parmi les 20 cas d'abcès multiples, 7 fois les abcès siégeaient exclusivement dans le lobe droit, 8 fois il y avait prédominance nette de la lésion dans le foie droit, 5 fois les abcès étaient disséminés dans tout l'organe.

Avant de procéder à l'examen détaillé de chacune de ces observations, quelques remarques générales sont encore nécessaires. Nous rappellerons tout d'abord que si MM. Glénard et Sérégé placent la limite de séparation entre le lobe droit et le lobe gauche sur le trajet d'une ligne allant de l'incisure biliaire au sinus sus-hépatique, les auteurs, dont M. Sérégé cite les observations, donnent au lobe droit et au lobe gauche leur limite classique : le ligament suspenseur ou falciforme. Il en résulte donc qu'à part de rares exceptions, où la localisation de l'abcès ou des abcès est très nettement spécifiée, la plupart des observations citées par M. Sérégé — même celles qui sont suivies du résultat de l'autopsie, et à plus forte raison celles qui sont purement cliniques — manquent de valeur démonstrative par défaut de précision à cet égard.

Puis, s'il est reconnu que dans la plupart des cas d'abcès du foie survenus à la suite d'une inflammation appendiculaire ou cœcale, la propagation des germes pathogènes se fait par la voie porte, il en est quelques-uns où il est juste de supposer que les germes ont pu se répandre dans la circulation générale et pénétrer dans le foie par la voie artérielle — il en est d'autres où l'infection a pu se propager par le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Nous croyons que, dans une démonstration, les faits de cet ordre ne doivent pas être utilisés (obs. XIII, avec abcès du cerveau), (obs. IX) où l'auteur, Shœmaker, admet une propagation de l'inflammation péri-appendiculaire jusqu'au foie par le tissu cellulaire rétro-colique (1).

Nous ne croyons pas être trop rigoureux en demandant à une conception à la fois aussi délicate et aussi précise que celle du double courant porte l'appui de faits nets et probants.

Après ces quelques objections générales, examinons le détail des observations présentées par M. Sérégé.

Voici d'abord 10 observations d'abcès unique du foie droit, dont 3 seulement suivies d'autopsie. Parmi les 7 observations cliniques, il est possible que telles ou telles correspondent vraiment à l'étiquette d'abcès unique du lobe droit que leur donne M. Sérégé ; mais il n'est pas démontré que cette étiquette soit justifiée et cela pour plusieurs raisons :

1° Parce qu'il n'est pas sûr que l'abcès fût unique et que le lobe gauche ne fût aussi le siège d'un ou plusieurs petits abcès qui ont pu guérir, soit en se vidant dans le foyer ouvert, soit spontanément, ou qui ont pu se manifester plus tard, après guérison de la plaie chirurgicale. Loison, en effet, fait remarquer dans son travail de la *Revue de chirurgie* (2) : « Si l'on se trouve en présence de plusieurs abcès peu distants l'un de l'autre, le pronostic est encore assez bon, car on peut avoir la chance, une fois l'un d'eux ouvert, de reconnaître les autres avec le doigt explorant la poche et de les crever, ou bien s'ils ouvrent d'eux-mêmes dans le premier foyer pendant les jours qui suivent l'opération ». Maasland (3) dans son travail sur le traitement chirurgical des collections purulentes dans le lobe droit du foie, écrit que « souvent les abcès opérés récidivent ». Il n'est pas facile alors de dire si le premier abcès n'était pas entouré d'autres abcès plus petits qui avaient passé inaperçus lors de l'opération.

2° Parce que, comme nous le disions plus haut, il n'est pas sûr que l'abcès, s'il était unique, siégeât vraiment dans le lobe droit sans empiéter sur la ligne allant de l'incisure biliaire au sinus sus-hépatique.

Indépendamment des considérations précédentes, quatre de ces observations, pour le moins, ne peuvent entrer en ligne de compte.

Obs. I. intitulée par M. Sérégé : *Appendicite pelvienne suppurée, grand abcès du lobe droit du foie*, et dont le titre complet est

(1) Hillairet. — Observations de phlébite de la veine porte. *Union médicale*, 1849, p. 262.

(1) « Sans nier l'envahissement par la voie porte, Koerte estime que parfois la propagation se fait par le mécanisme qu'il indique (voie cellulaire, lymphatique) et la forme d'abcès hépatique qui en résulterait serait moins grave que celle qui provient de l'infection porte, dans laquelle les foyers purulents sont généralement multiples. » (D'après Loison. *Revue de chirurgie*, p. 530.)

(2) Loison. — *Revue de chirurgie*, 1900, I, p. 536.

(3) Maasland. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, t. 7, p. 1020.

Appendicite pelvienne suppurée. Péritonite généralisée. Grand abcès du lobe hépatique droit. Opérations multiples. Guérison, par Rocher (1). Observation beaucoup plus complexe que ne le laisse supposer le résumé très sommaire donné par M. Sérégé : il s'agit, en effet, d'une fillette qui, prise d'appendicite le 20 avril, est *opérée le 1er mai en pleine péritonite généralisée*. La plaie opératoire laisse écouler du pus jaunâtre jusque vers le 21 mai, puis du pus bilieux ; *le 28 mai, on retire un lombric par l'orifice fistuleux de la plaie.* Le 31 mai, le foie est manifestement hypertrophié et douloureux « surtout au niveau de l'épigastre et dans la région la plus interne du lobe droit ». Le 4 juin, nouvelle laparatomie : le foie a une surface régulière, par places il présente de petites taches jaunâtres à contour irrégulier et flou. Deux ponctions faites à la partie interne du lobe droit sont négatives; une 3e ponction en plein lobe droit permet de constater la présence du pus. Evacuation. Guérison.

Sans qu'il soit nécessaire d'insister, nous croyons légitime d'écarter cette observation très complexe, à propos de laquelle on n'est pas autorisé à parler de localisation physiologique dans le foie.

Obs. II. — Est tirée du travail de Maasland (2). Ici le malade avait eu pendant plusieurs années des crises douloureuses dans la région iléo-cœcale et, peu de temps avant l'apparition des douleurs hépatiques, avait été opéré d'un abcès péri-appendiculaire : *une grande quantité de pus gazeux puant* s'était écoulé.

Obs. III. — *Abcès du foie consécutif à une infection appendiculaire*, par Sieur (3).

Dans cette observation, trop d'incertitude règne sur le siège de l'abcès : en effet, l'abcès a été abordé par « résection de l'extrémité antérieure de la 6e côte et d'une partie de son cartilage costal ». Or on atteint ainsi soit la zone du lobe moyen de Glénard, région du lobe carré, qui pour Sérégé fait partie du lobe gauche soit la limite extrême du lobe droit. On n'est donc pas en droit d'affirmer ici qu'il s'agissait sûrement d'un abcès du lobe droit (4).

Obs. IV. — *Abcès du foie d'origine appendiculaire. Incision, guérison*, par Loison (5).

Observation trop complexe : soldat pris d'*appendicite le 3 octobre* ; opéré le 11 octobre, on trouve une *péritonite suppurée localisée* et il s'écoule une grande quantité de pus. Ictère assez intense et écoulement de matières fœcales dans le pansement. Le 29 *octobre, 2e intervention, au-dessus du pubis, qui donne issue à un litre de pus* contenu dans le cul-de-sac de Douglas. Bientôt, douleurs dans le côté droit de la poitrine et vers la fin de novembre la radioscopie découvre l'abcès du foie qui est opéré en décembre.

Vraiment, il nous paraît bien difficile d'admettre que, dans ce cas encore, la localisation du germe pathogène dans le foie se soit faite physiologiquement, sans que le moindre trouble ait été apporté à la circulation !

Quant aux trois autres observations cliniques (obs. V, VI et VII) quoique forcément imprécises, elles pourraient figurer avec plus de raison dans la statistique de M. Sérégé, mais elles ne sont par elles-mêmes d'aucune valeur démonstrative.

Des trois observations d'abcès unique complétées par les résultats de l'autopsie, l'*obs. VIII* : *appendicite, abcès unique du foie*, par Kartulis (6), manque de détails précis. Rien n'est dit du point où a été faite la ponction ; rien du siège exact de l'abcès, rien de l'état du système porte.

(1) Obs. Rocher in thèse Lapouble, p. 46. Bordeaux, 1905-1906.
(2) Maasland. — *Loc. cit.*
(3) Sieur. — *Arch. de médec. et de pharm. milit.*, 1905, t. 45, p. 245.
(4) Il est entendu que dans la discussion de ces observations, nous donnons au lobe droit la limite que lui assignent MM. Glénard et Sérégé et voici qui vient à l'appui de ce que nous disons à propos de l'observation III : dans un cas d'abcès multiples du foie consécutifs à une appendicite publié par Bureau (in Thèse Abbadie. Bordeaux 1902-1903), on lit que lors de l'opération, on fit une *incision sus-ombilicale sur le bord droit* du grand droit. Or dans le compte-rendu de l'autopsie, il est écrit : « La partie du viscère sur laquelle avait porté l'incision lors de l'intervention, et qui était incontestablement le siège d'un ou de plusieurs abcès, paraît cicatrisée, il n'y a plus aucune trace d'abcès dans le lobe gauche ».
(5) Loison. — *Loc. cit.*
(6) Kartulis. — Ueber mit Appendicitis complicirte Leberabscesse. (*Zeitschrift für Hygiène*, 1904, t. 48, p. 502, obs. I)

Avec de telles lacunes, cette observation peut-elle être prise en considération !

Obs. IX : *Epingle ordinaire dans l'appendice ; infection rétro-péritonéale secondaire ; abcès du foie*, par Shœmacker (1), doit être écartée de par son titre même. Dans le texte de l'observation nous voyons qu'au niveau de l'appendice, il y avait sous le péritoine une infiltration purulente du tissu conjonctif et des veines, depuis la racine du mésentère jusqu'au flanc gauche de la colonne vertébrale ; ce foyer purulent s'étendait jusqu'au voisinage du sillon transverse du foie.

Obs. X. *Abcès volumineux du foie*, par Bezançon (2). Trop incomplète pour pouvoir être utilisée : le malade a eu une typhlite, et le diagnostic de typhlite cancéreuse ancienne avec cancer secondaire du foie a été porté. A l'autopsie, on a trouvé des ulcérations dans le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant ; mais tout ce que nous savons du foie, c'est qu'il présentait « un volumineux abcès de la face supérieure ». L'observation ne dit rien de la localisation exacte de l'abcès, ni de l'état de la veine porte et de ses origines.

Ainsi, sur ces dix premières observations, il en est trois seulement qui, à la rigueur, pourraient, avec quelque apparence de raison, figurer dans la statistique des partisans du double courant porte.

Les sept observations suivantes, groupées sous la rubrique « abcès multiples du foie droit » sont toutes complétées par les résultats de l'autopsie. Malgré cela, pour plusieurs d'entre elles, mêmes incertitudes que pour les observations précédentes sur la localisation précise des abcès du foie, sur l'état du système porte et sur l'importance de la lésion appendiculaire ou péri-appendiculaire.

C'est ainsi que l'*obs. XI* (de Kartulis) (3) manque de détails sur le siège du 2e abcès et sur l'état du système porte. Dans l'*obs. XII* (de Kartulis) (4), d'une part on signale la présence dans la région iléo-cœcale « d'une collection purulente », dont nous ignorons l'importance ; d'autre part, si l'un des abcès, gros comme une tête de fœtus, est en plein lobe droit, l'autre, gros comme une orange est placé « à côté » du précédent ; cela ne nous dit pas où, et il est permis de supposer que cet abcès siège dans la zone du lobe carré.

Obs. XIII : *Ulcération de l'appendice par une épingle, abcès du foie*, par Mac Clelland (5). Ici, la présence d'abcès disséminés dans le cerveau, signalée dans le compte rendu de l'autopsie, permet l'hypothèse d'une infection hépatique par la circulation générale. D'autre part, en disant que le lobe droit seul a un aspect alvéolaire, l'auteur ne limite pas ce lobe à la ligne indiquée par Sérégé.

Obs. XIV : tirée du travail de Bureau sur les abcès du foie (6), soulève, elle aussi, des objections : un des foyers de suppuration celui où avait porté la première opération, est placé « sur la face antéro-supérieure du foie, à l'union du lobe droit et du lobe gauche, le long du ligament suspenseur » — c'est-à-dire dans le lobe gauche, d'après la conception de MM. Glénard et Sérégé. Quant au 2e foyer, il siégeait sur la face postéro-supérieure du foie. Donc, un foyer dans le lobe gauche, l'autre dans le lobe droit ! Pas de pus dans le tronc de la veine porte, mais une partie de ses ramifications intra-hépatiques en est remplie. Rien sur l'état des branches d'origine.

Obs. XV : *Abcès du foie consécutifs à une ulcération de l'appendice par une épingle. Epanchement pleural et abcès métastatiques du poumon droit*, par Netter (7).

Nous laisserons figurer cette observation dans la statistique de M. Sérégé, quoi que d'une part nous ne soyons pas sûr que l'énorme poche renfermant deux litres de pus et les autres abcès, qui en grand nombre occupaient le lobe droit, ne siégeas-

(1) Shœmacker. — Suppurative pylephlébitis and hepatic abscess secondary to appendicitis : with a report of two cases. (*Medical News*, 1893, p. 397, obs. I).
(2) Bezançon. — *Bull. de la. Soc. anatom. de Paris*, 1894, p. 7.
(3) Kartulis. — *Loc. cit.*, obs. III.
(4) Kartulis. — *Loc. cit.*, obs. II.
(5) Mac Clelland. — *Lancet*, avril 1886, p. 686.
(6) Bureau. — *Gaz. méd. de Nantes*, 1904, n° 1.
(7) Netter. — *Bul. de la Soc. clinique*, 22 déc. 1832, p. 286.

sent pas en partie dans cette région comprise entre le ligament suspenseur et la limite de MM. Glénard et Sérégé — et que d'autre part, on ait constaté la présence d'abcès métastatiques à la surface du poumon.

Obs. XVI. *Appendicite. Infection. Abcès du foie,* par Lorrain (1).

Dans ce cas, on trouva, lors de l'opération, un gros abcès péri-appendiculaire et on dut drainer largement. De plus, s'il est certain que, cinq jours après l'opération, à l'autopsie, le foie droit se montra seul farci d'abcès, nous ne savons rien de la localisation de cet abcès par rapport à la ligne de Glénard et Sérégé, rien de l'état du système porte, sinon qu'il y avait du pus dans les branches intra-hépatiques.

Obs. XVII. *Abcès multiples du foie d'origine appendiculaire, opération. Mort,* par Stooke et Watt (2).

Observation trop complexe aussi pour être utilisée : à l'autopsie, on constata que l'abcès hépatique opéré était situé à *l'origine des adhérences qui unissent le foie à l'estomac.* Cela fait supposer que cet abcès opéré devait siéger dans le lobe gauche et que, par conséquent, le lobe droit n'était pas seul lésé. D'autre part, le malade était atteint de péritonite pelvienne (ulcérations cœcales avec perforation ; appendice introuvable).

Somme toute, sur ces sept observations, une seule, celle de Netter, et encore avec des restrictions, est assez nette et assez complète pour paraître favorable à la thèse de M. Sérégé — peut-être encore l'obs XI de Kartulis, quoiqu'il n'y soit rien dit de l'état du système porte.

M. Sérégé présente enfin huit observations sous la rubrique « abcès multiples du foie sans phlébite portale avec prédominance de la lésion dans le foie droit » et écrit à propos de ces huit observations : « Il nous paraît incontestable que la lésion hépatique a débuté dans le foie droit, car c'est là que nous trouvons non seulement le plus grand nombre d'abcès, mais surtout ceux ayant le plus fort volume, indiquant nettement par ce fait, croyons-nous, qu'ils sont d'un âge plus avancé ».

En réalité, nous ne sommes pas du tout fixés sur l'intérêt que présente la prédominance dans tel ou tel lobe et nous allons voir que la conclusion précédente est loin de s'imposer. Tout d'abord, la première des observations de cette série, *obs., XIX,* ne répond pas au titre sus-indiqué et ne devrait pas figurer dans la statistique de M. Sérégé. En effet, ainsi que nous l'avons déjà dit, malgré l'absence de toute indication de phlébite dans le compte rendu donné par cet auteur, on constate que l'observation originale est intitulée : « *Appendicite. Pyléphlébite. Abcès du foie. Péritonite généralisée* » (3).

De plus, on avait constaté dès l'opération, et on vérifia 20 jours plus tard, à l'autopsie, que l'appendice constituait le centre d'un *abcès rétrocœcal qui commençait au cœcum et remontait en arrière jusqu'au foie.*

Obs. XX, *abcès du foie,* de Fraikin et Verdelet (4), est encore une de ces observations complexes dont on ne peut tirer parti dans une démonstration : Les auteurs, en effet, disent eux-mêmes qu'il s'agissait d'un abcès à staphylocoques avec multitude de petits abcès aréolaires avec généralisation purulente autour du rein et dans le péricarde... La cause de l'abcès était une typhlite ulcéreuse, constatée seulement à l'autopsie et reconnue de nature dysentérique (p. 216) à l'examen histologique.

M. Arnozan disait, lors de la présentation de cette observation : « En somme, ce n'est pas l'abcès typique du foie consécutif à la dysenterie. C'est plutôt une pyohémie ayant pris naissance au niveau du cæcum altéré et envahi le foie, les reins et le péricarde ».

Obs. XXI. — *Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse,* par Souques (5). Dans ce cas, il nous paraît que si le foie droit était très atteint, le foie gauche n'était pas épargné : 1° le plus gros abcès, gros comme une tête de fœtus siégeait « sur la face antérieure du foie, à la partie moyenne, dans le sinus droit de l'angle formé par le ligament falciforme et le ligament suspenseur ». Cela est précis et indique bien la partie droite du lobe gauche de MM. Glénard et Sérégé. De plus, sur les cinq principaux abcès, un autre encore occupait le lobe gauche, il était placé « à l'angle inférieur gauche du bord inférieur du foie. « Enfin, à la face inférieure, on voyait un abcès contigu au « bord gauche du lobe de Spiegel, un autre contigu au bord gauche du lobe carré. »

Ainsi le *lobe gauche contenait plusieurs abcès et parmi eux le plus volumineux* (tête de fœtus). Si nous adoptions le raisonnement de M. Sérégé, nous devrions donc admettre que le début s'est fait dans le lobe gauche. En réalité, nous n'en savons rien.

Obs. XXII. — *Ulcération de l'appendice suivie d'abcès du foie* par Robinson (1). Observation à la fois complexe et imprécise. A côté des lésions appendiculaires et cœcales, il y avait une péritonite subaiguë avec adhérences intestinales, tuméfaction et infiltration purulente des ganglions mésentériques. D'autre part, le foie tout entier est intéressé et il n'est pas prouvé que l'abcès le plus volumineux siégeât vraiment dans le lobe droit de MM. Glénard et Sérégé, puisqu'il est dit qu'il était situé à la partie postéro supérieure et interne du lobe droit classique.

Obs. XXIII. — *Pérityphlite gangréneuse. Abcès du foie,* par Gennes (2). Ici encore, graves lésions péritonéales ; inflammation gangréneuse péri-cœcale englobant l'appendice ; le tissu cellulaire péri-cœcal est totalement sphacélé, ainsi que la gaine du psoas. Mais il n'y a pas de collection purulente. Le foie tout entier contient des abcès miliaires ; rien de précis sur la localisation du grand abcès de la face convexe. Rien sur l'état du tronc et des origines de la veine porte.

Obs. XXIV. — *Appendicite passée inaperçue. Multiples abcès du foie* par Boivin (3). — Comme le dit M. Sérégé, l'auteur ne donne aucun renseignement sur la localisation des abcès ; mais rien ne permet d'affirmer, comme le fait M. Sérégé, qu'il y avait prédominance marquée pour le lobe droit, surtout pour le lobe droit limité à l'incisure biliaire : le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, « il y avait de la défense musculaire, *surtout à l'épigastre* » et plus tard seulement la douleur s'est étendue à l'hypochondre droit, et si, lors de l'opération, faite sur la ligne mamelonnaire, on ouvrit un abcès gros comme une noix et d'autres plus petits, à l'autopsie, la mort étant survenue quelques heures après l'opération, les 28 abcès observés allaient du volume d'une noisette à celui d'une noix ; on ne sait rien de plus sur leur localisation. Il ne nous semble donc pas qu'on en puisse inférer que le lobe droit fût plus pris que le lobe gauche, ni qu'il eût été pris le premier.

Obs. XXV. — *Ulcération de l'appendice par une épingle* par Church (4). Encore une observation qui sort du cadre que s'était imposé M. Sérégé : la veine porte renfermait du pus. D'autre part, des deux plus gros abcès, l'un siégeait dans le lobe droit, mais l'autre occupait le lobe carré, c'est-à-dire le lobe gauche !

Obs. XXVI. — *Abcès du foie compliquant une pérityphlite à évolution latente* par Koch (5). Pendant la maladie on avait songé à l'existence possible d'une pylephlébite ; or à l'autopsie, aucune indication n'est donnée sur l'état du système porte.

De plus, le foie était *entièrement* criblé d'abcès ; mais comme les abcès étaient plus confluents vers la face inférieure du lobe droit, cette observation figure dans la statistique de M. Sérégé !

(1) Lorrain. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris,* 1902, p. 983.
(2) Stooke et Watt. — *British. medic. Journ.,* 9 février 1901.
(3) *Thèse Lapouble.* Observ. Venot.
(4) Fraikin et Verdelet. — *Soc. d'Anat. de Bordeaux,* 1898, p. 185. et p. 216.
(5) Souques. — *Bull. de la Soc. Anatom. de Paris.* 1889, p. 429.

(1) Robinson. — *Lancet,* 1885, 2 févr., p. 333.
(2) De Gennes. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris,* 1883, p. 168.
(3) Boivin. — *Thèse de Paris,* 1905-1906, p. 105.
(4) Church. — D'ap. Lapouble. L'indication bibliographique in *Boston medic. Journ.,* est inexacte.
(5) Koch. — *Aertzlicher Verein in Nürnberg.* 16 oct. 1902, d'après *Deutsch. Medizin. Wochenschrif.,* 8 janv. 1903. *Vereins-beilage,* n° 2, p. 12.

On voit que pas une de ces dernières observations ne peut être prise en considération.

Au total, donc, après avoir écarté les faits compliqués de péritonite généralisée, de péritonite localisée, mais d'une certaine étendue, les faits ne s'accordant pas avec les divisions mêmes du travail de M. Sérégé, les faits trop imprécis, sur les 25 observations réunies par cet auteur, il reste tout au plus 5 ou 6 cas qui pourraient sembler venir à l'appui de l'hypothèse du double courant porte.

Or, si l'on songe à la fréquence générale des localisations de toute espèce dans le foie droit, on reconnaît que ce chiffre est de très minime importance. Fût-il doublé par l'appoint de nouvelles observations, il resterait encore sans valeur, car ce sont les faits tendant à démontrer l'existence d'un accouplement gastro-spléno-hépatique qui seuls présentent un réel intérêt.

Pour clore cette discussion, nous montrerons qu'on est autorisé, à l'aide de quelques observations d'abcès d'origine appendiculaire extraites du travail même de M. Sérégé et d'ailleurs passibles des mêmes objections que les observations présentées par cet auteur en faveur de son hypothèse, à affirmer que la théorie du double courant est controuvée par les faits. Voici d'abord l'observation de Tolot (1) citée par M. Sérégé : appendicite, abcès du foie *gauche*, abcès sous-phrénique ouvert dans le péricarde. Puis l'observation de Hillairet (v. p. 396) fort intéressante, elle aussi, puisqu'il s'agit de pyléphlébite d'origine appendiculaire, localisée exclusivement à la branche gauche de la veine porte. Enfin et surtout, une série d'observations d'abcès disséminés dans les deux lobes, les uns sans phlébite portale, les autres avec phlébite portale ; dans certains cas les abcès prédominent à gauche (obs. Legg, Souques, — si on donne au foie gauche la limite que lui indique Sérégé, — Buhl, Bernhein, Lelong, etc.) ; dans d'autres cas, il n'y a point de prédominance manifeste (2). (obs. Rendu, Berthelin, Achard, Feltz, Pilliet et Gosset, Payne, Bureau, Murchison, Gendron, Thoinot, Bernhard, Jacob, Schœmacker, Dieulafoy, etc.) (3).

Il y aurait là, étant donné le petit volume du lobe gauche, plus qu'il n'en faudrait pour démontrer l'absence de cette constante anatomo-clinique que M. Sérégé croit pouvoir invoquer d'après ses observations.

La conclusion de cette étude s'impose d'elle-même : les observations d'abcès du foie d'origine appendiculaire présentées par M. Sérégé montrent que, d'une façon générale, les lésions du foie droit sont plus fréquentes que les lésions du foie gauche, fait que personne ne conteste, mais elles ne démontrent ni l'existence d'un double courant sanguin dans la veine porte, ni l'indépendance vasculaire des lobes du foie. Tout au contraire, l'analyse de ces observations tend à prouver une fois de plus que la conception de MM. Glénard et Sérégé manque de base anatomique et doit être considérée comme une élégante hypothèse.

(1) Tolot. — *Lyon médical*, 1902, p. 51.

(2) On ne peut adopter l'interprétation que M. Sérégé propose pour de tels faits, à savoir que « plusieurs embolies septiques se sont succédé à différents intervalles, la première suivant la voie normale et se localisant dans le foie droit, les autres, pénétrant sans ordre dans le foie dont la circulation est troublée du fait même de la première localisation » (p. 188). S'il en était ainsi, pourquoi les *abcès multiples* du lobe droit, sans abcès du lobe gauche.

(3) Lelong. — Pyléphlébite consécutive à une appendicite. (*Arch. de médecine militaire*, 1891, 18, p. 62.)

Bureau. — In *thèse Abbadie*. Bordeaux, 1902-1903.

Voir dans le travail de M. Sérégé, l'indication bibliographique des autres observations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Doctrine médicale des jours critiques.

Nihil sub sole novi. Ce n'est point, certes, la doctrine des jours critiques qui fera mentir l'adage, si, comme il le paraît bien, cette vieille question s'impose de nouveau à l'attention et à la recherche des observateurs, cliniciens ou autres.

Longtemps, il fut admis que la crise, mode particulier de solution des maladies, devait se faire à des jours déterminés ; et c'est à saisir le retour rythmé de ces jours qu'on s'attacha.

Pour Hippocrate, comme pour Galien, l'évolution ou plutôt la révolution septénaire, c'est-à-dire celle comprise dans des espaces réguliers de sept jours, s'offrit comme le type dominant des rythmes périodiques aboutissant aux crises ; après lequel venaient, par ordre d'importance, les périodes de quatre jours (Hippocrate), de quatorze jours (Galien), de onze, vingt jours, etc.

Malheureusement, il arriva qu'à la pure observation des faits naturels vinrent se substituer peu à peu des vues systématiques et outrées, que sous l'erreur on cessa de voir la part de vérité qui s'y trouvait dissimulée, et que, finalement, quoique très tard, la notion des jours critiques fut entraînée dans le discrédit et l'oubli.

Jusqu'à quel point ce discrédit est-il mérité ? C'est à quoi tend à répondre, pour son compte, l'auteur viennois Swoboda, dans un travail récemment publié sous le titre de : *Les jours critiques chez l'homme et leur calcul* (1).

« Chez tous les hommes, écrit-il, et chez les deux sexes, enfants et adultes, se produisent, à intervalles réguliers, des troubles spontanés dans les fonctions normales et dans l'état général. Et à cause de cela même, il est permis de désigner sous le nom de *critiques* les jours où se produisent ces troubles ».

Et l'auteur, développant sa thèse, montre par quels rythmes l'organisme humain traduit, dans l'ordre des phénomènes physiques ou psychiques, les manifestations d'une activité propre, c'est-à-dire indépendante ou distincte de cette autre activité qui prend sa source au dehors.

Cette autonomie de l'organisme humain, envisagée plus spécialement quant à ses rapports avec les influences nocives exogènes (microbes, etc.), Swoboda se plaît à la proclamer, tout en déclarant que ces agents de nocivité, puisant leur principale force dans notre faiblesse, ne deviennent redoutables qu'à de certaines périodes qui sont justement les jours critiques.

Et, partant de cette affirmation, Swoboda expose que les crises sont en général l'expression, régulièrement périodique, d'un amoindrissement de l'ensemble des énergies vitales (fatigues et épuisement dans l'ordre physique et psychique, insomnie, etc.). Toutefois il fait remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'il est, au contraire, des cas où l'on observe un accroissement morbide des fonctions se traduisant par une gaieté excessive, par de l'exaltation anormale et diverses modalités en rapport avec l'âge, le sexe, le caractère, le tempérament physique et moral, les états de santé et de maladie.

Ici, l'auteur, trop porté, selon nous, à exagérer l'importance des côtés défectueux de la crise, ne met pas suffisamment en lumière, à côté de la *périodicité* proprement dite, d'où procèdent les rythmes, cette autre loi connexe de l'*alternance* qui, susceptible de faire succéder la réaction à l'action, l'activité à la passivité, l'exaltation à la dépression, est des plus propres à rectifier, en tout état de cause, les mauvaises dispositions d'un organisme et de susciter les réactions défensives sthéniques qui font la bonne ou heureuse crise.

A en croire Swoboda, la crise, ordinairement liée à une défaillance des énergies organiques, devrait être, au contraire, le plus souvent fâcheuse.

***

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de suivre l'auteur dans sa façon de montrer par quelle symptomatologie les jours critiques accusent l'amoindrissement des forces de l'économie :

C'est aux jours critiques que, de préférence, se produiraient, selon lui :

(1) Hermann Swoboda. — Die kritischen Tage des Menschen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1909.

A. *Des défaillances* : défaillances de la parole (lapsus linguœ), de la mémoire, de la prompte réplique chez l'orateur, de la voix chez le chanteur, de l'adresse chez le tireur, de la dextérité chez le joueur de billard, de la force musculaire et de la souplesse chez le sportman, etc., insuffisances inaccoutumées dans tous les domaines de l'activité.

B. *Des accidents* : Parmi ces accidents, où ne rentrent pas ceux qui résultent de l'imprévoyance et du hasard, il faut compter : *a*) ceux dus à un affaiblissement des forces physiques ou des capacités de résistance (accidents en cours d'excursions de montagnes, etc.; *b*) ceux dus à un amoindrissement des énergies psychiques, que ce soit par défaut d'attention, par ralentissement ou précipitation de nos moyens de réagir à l'endroit des excitations extérieures, etc.; *c*) ceux qui se rattachent à une diminution du plaisir de vivre et qui aboutissent, par là, à la négligence des moyens — ténacité et habileté — qu'en d'autres conditions, on eût opposés aux occasions pénibles et difficiles de la vie.

Quant à déterminer par quels rythmes habituels la périodicité ramène régulièrement les jours critiques, Swoboda s'écarte, sur ce point, des anciens auteurs.

Au lieu d'admettre, comme Hippocrate, l'intervention prépondérante d'un septénaire subdivisible en période de quatre jours, ou, comme Galien, d'un septénaire plutôt disposé à se doubler de façon à constituer la période de quatorze jours, Swoboda déclare formellement que les révolutions dominantes règlant le retour des jours critiques se comptent par 23 et 28 jours.

S'il accepte qu'il puisse en être autrement, ce n'est qu'à titre d'irrégularité et d'exception, comme, par exemple : *a*) lorsque les manifestations critiques surviennent, non plus aux intervalles normaux de 23 et 28 jours, mais à d'autres correspondant à des multiples de ces chiffres, soit 2×23, 4×28, etc. ; *b*) lorsque successivement on passe de la période de 23 à celle de 28 jours et vice-versa ; *c*) lorsque, durant des époques de transition, les jours se suivent sans ordre précis, jusqu'à la réapparition d'un rythme bien affirmé ; *d*) lorsque les périodes de 23 et 28 jours s'entrecroisent constamment ou sont si peu séparées l'une de l'autre qu'il devient difficile de se faire une idée précise de leur évolution respective.

***

Abordant ici certaines formes « *extrapériodiques* » des jours critiques, ainsi désignées parce que ceux-ci, contrairement aux *jours périodiques*, ne sont plus subordonnés aux rythmes physiologiques de la vie organique, mais bien à des rythmes accidentels, Swoboda en fait application à certaines suites, éloignées et périodiquement rythmées, d'ébranlements occasionnellement survenus dans l'organisme et tels que des excès sexuels, etc.

A cet égard, il signale que si la répercussion à distance d'un ébranlement de cet ordre peut rester isolée, il arrive, d'autres fois, que les suites d'un excès, par exemple, se reproduisent après 2×23, 3×23 jours, en s'atténuant de plus en plus au fur et à mesure de leurs manifestations successives, jusqu'à ce que l'organisme soit complètement revenu à son état premier, le mal s'épuisant ainsi peu à peu en un rythme de plus en plus affaibli (1)

De la superposition des cycles périodiques et des cycles extrapériodiques doit résulter, dans les conditions d'une existence tant soit peu troublée, une certaine confusion de rythmes difficile à démêler, « chaque nouvelle perturbation compliquant d'une nouvelle ondulation périodique les ondulations précédentes ».

Avec raison, Swoboda trouve dans sa théorie de quoi expliquer les intervalles de silence qui parfois séparent certaines perturbations de l'économie des commotions qui leur ont donné lieu, alors même que ces commotions ont tout d'abord paru sans effets : « On remarquera, par exemple, dit il, qu'une personne, en présence de la mort subite d'un parent affectionné, se montre au premier moment parfaitement calme ; mais après 28 ou 23 jours, soudain sa douleur éclate avec violence, dure 23 ou 28 jours, et disparaît ensuite. Ou bien, ce qui est encore plus fréquent, quelque temps après, il se produit une amélioration, jusqu'à ce que, 56 ou 46 jours plus tard, l'accès de souffrance se renouvelle.

(1) C'est à pareil processus que nous avons appliqué ailleurs la désignation de *ricochet périodique*.

Et cela peut ainsi persister pendant des années. Plus l'éloignement entre la cause et l'effet est grand, plus on perd de vue les relations qui les unissent ; finalement, on ne peut plus savoir à quoi attribuer les troubles observés et on les rapporte à des circonstances récentes. »

Rien n'est plus vrai et plus capable de fournir l'interprétation de la genèse attardée des manifestations confirmées de bien des cas de neurasthénie ou de psychose relevant, à distance, d'une commotion des centres nerveux.

***

Enfin, Swoboda reprend la tradition Galeno-Hippocratique lorsque, déclarant que les périodes de 23 et de 28 jours ne sont ni les plus longues ni les plus courtes, il ajoute qu'il est des périodes qui vont jusqu'à ne pas dépasser des fractions de jour, et signale, à cet égard, les résultats de récentes recherches faites par le Professeur Schatz sur la pression du sang.

C'est très remarquablement, en effet, que « le docteur Schatz, dans ses courbes de la pression du sang, a observé des périodes résultant du partage de la grande période (de 28 jours) en deux moitiés égales, et de chacune de ces moitiés en deux autres moitiés semblables, et ainsi de suite. En vertu de quoi, on assiste à la reproduction d'états identiques ou analogues après 14 jours, 7 jours, 3 jours 1/4, quelquefois aussi après 11 jours et demi. »

Mais déjà Gall avait constaté et signalé ce processus subdivisionnaire, tout au moins dans ses premiers sectionnements, lorsqu'il disait : « Il faut savoir qu'il y a une cause générale dans la nature qui fait que, tous les mois, après une durée de 28 *jours*, le corps humain est plus irritable, et cela dans l'homme comme dans la femme.... Cette irritabilité plus grande de notre économie, à certaines époques, explique les maladies périodiques et pourquoi des causes permanentes, non suffisantes pour déranger la santé continuellement, la dérangent alors. Quelquefois, dans les hommes et les femmes faibles, cette époque d'une plus grande irritabilité se manifeste deux fois dans le mois, *tous les quinze jours*. »

Pour notre part, c'est en pleine concordance avec Gall et Schatz que, dès 1897, nous affirmions, en même temps qu'une loi de périodicité biologique intéressant l'organisme humain, l'existence d'un processus par lequel tout rythme périodique — et spécialement le plus physiologique d'entr'eux, celui de 28 jours — tend, par voie de dédoublements ou de subdivisions dichotomiques, à augmenter de fréquence en raison directe de l'acuité des états pathologiques, et de façon à constituer successivement, par rang de décroissance, les types périodiques de 14 jours, de 7 jours, de 4 ou 3 jours, etc., aux termes desquels sont les jours critiques (1).

Mais ces jours critiques, 28e, 14e, 7e, 4e, etc., que nous voyons se dégager ainsi des aberrations systématiques qui dénaturèrent les plus pures données de la tradition médicale, faut-il les considérer, avec Hippocrate et Galien, comme des jours privilégiés ? Ainsi que nous l'avons déjà dit, il semble bien que, quelles que puissent être certaines apparences morbides, ces jours correspondent à des manifestations rythmées de l'énergie vitale, à des réactions défensives de l'organisme et qu'il y a lieu de penser qu'en dehors d'eux, ces réactions ne sauraient être que moins coordonnées et partant moins adaptées à leur rôle de sauvegarde de l'organisme. Ils sont ces jours *princes* ou *principaux* que les anciens s'appliquaient à distinguer des jours *intercalaires* ou *vides*. Ils comptent, à coup sûr, parmi ces moments choisis que signalait Zimmermann, quand il écrivait : « Si l'on était attentif à profiter des *heureux mouvements de la nature*, on retrouverait assez fréquemment en soi-même des forces plus que suffisantes pour s'opposer à ce qui peut nuire et devenir même funeste ; mais comme on méconnaît ces mouvements, on est aussi dans le cas d'ignorer ces ressources et ses propres forces. On se contente de sentir qu'on est malade et l'on meurt (2).

B. PAILHAS,
d'Albi.

(1) PAILHAS. — Etude de la périodicité chez l'homme sain et malade, Albi 1897. Périodicité et alternances psychiques. Psychoses périodiques. *Journal de Neurologie*, mai et juin 1907.

(2) ZIMMERMANN. — Traité de l'expérience, page 505.

REVUE DES JOURNAUX

Le traitement chirurgical de la paraplégie spasmodique : l'opération de Forster.

La contracture spasmodique, qui est en connexion étroite avec l'exagération des réflexes tendineux, ne repose que sur un processus réflexe exalté d'une manière pathologique. Ce processus réflexe prend son origine dans les excitations sensitives, qui, parties de la peau, des ligaments, des articulations et surtout des muscles, vont, en traversant les nerfs sensitifs et les racines postérieures, influencer les cellules des cornes antérieures et par là même le muscle à travers les racines antérieures et les nerfs moteurs. Ce réflexe, que M. Forster appelle réflexe de fixation, existe à l'état normal ; c'est au moins une partie de ce que l'on dénomme tonus musculaire.

Normalement, le tonus subit l'action inhibitrice que le cortex exerce sur la colonne grise antérieure de la moelle ; c'est donc à la disparition de cette influence, en cas de lésion pyramidale, qu'il faut attribuer l'hypertonie qui résulte du jeu libre du réflexe de fixation délivré de son frein cérébral. Comme preuves à l'appui de cette théorie, on peut citer l'hypotonie dans la lésion radiculaire postérieure du tabès, la disparition de l'hypertonie musculaire, lorsque, à une lésion pyramidale, se joint une lésion des cordons postérieurs et son absence dans l'hémiplégie survenant au cours du tabes.

Ce sont ces reflexions qui ont conduit M. Forster à la *radicotomie postérieure* dans la paralysie spasmodique, les racines postérieures étant le seul point abordable, d'une manière efficace, de l'arc réflexe médullaire de fixation.

C'est sur les deuxièmes, troisièmes et cinquièmes lombaires et la deuxième sacrée que le choix est généralement porté, la première sacrée venant quelquefois remplacer la deuxième. Ce choix s'explique parce qu'il est destiné à annihiler la contracture des groupes musculaires les plus puissants pour chaque segment du membre : la contracture des fléchisseurs plantaires exige la résection de la deuxième (ou première) sacrée ; la contracture des adducteurs, l'excision des troisième et deuxième lombaires. (*La Semaine médicale*, 7 juillet 1909, p. 313.)

Sur les avantages de la fabrication mécanique du pain.

Le pétrin mécanique effectue le pétrissage tout aussi bien que la main de l'homme ; il le produit à un prix beaucoup moins élevé ; il supprime la fatigue excessive du gindre, dommageable pour sa santé ; il donne enfin complète satisfaction aux exigences de l'hygiène.

Les consommateurs sont donc les premiers intéressés à réclamer du pain dont la pâte est préparée par le pétrin mécanique. (Railliet. *Revue scientifique*, 3 juillet 1909, p. 8.)

Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse.

De même qu'on ne saurait, en clinique, porter un diagnostic sur un symptôme isolé, on ne peut, en chimie, tirer parti de la valeur d'un seul constituant. Un organisme ne réagit pas toujours de la même façon : les variations subies dans le pourcentage d'un élément dans une affection donnée peuvent manquer de netteté, les conclusions rester hésitantes ; ou, ce qui est plus grave, des confusions peuvent s'établir si la variation n'est pas propre à l'état morbide considéré.

Il est donc indispensable, pour le chimiste, d'envisager toujours les divers éléments du problème et de ne considérer qu'une formule complète, au même titre qu'un clinicien s'efforcera de ne formuler son diagnostic que sur un ensemble de symptômes.

Les traits essentiels de la formule à laquelle nous sommes conduits par la méningite tuberculeuse peuvent être résumés comme suit :

1° Teneur élevée mais non exagérée en albumine : (1 à 2 grammes) ;
2° Faible proportion de sucre (0.15 à 0.30) ;
3° Chiffre très bas des chlorures (5 à 6 grammes) ;
4° Extrait abaissé ou normal (10,5 à 12) ;
5° A. généralement diminués (0°45 — 0°50) ;
6° Perméabilité exagérée aux nitrates (70 à 90 milligrammes). (Mestrezat et Gaujoux, *Revue neurologique*, 30 juin 1909, p. 133.)

Le traitement usuel de la forme aiguë de l'ulcère de l'estomac.

Un malade a eu une hématémèse, le diagnostic de l'ulcère n'est pas douteux. Voici comment on organise le traitement.

Tout d'abord, on imposera au malade le repos physique et moral, le plus complet possible ; on le mettra au lit et on lui appliquera de la glace sur le ventre.

M. Mathieu fait en outre de petites injections de morphine, d'un demi-centigramme par exemple, matin et soir. Outre que la morphine n'est employée ici que pendant quelques jours, elle l'est à dose trop faible pour qu'il y ait lieu de se préoccuper de l'action excitante que cette substance médicamenteuse exerce sur la sécrétion chlorhydrique, ainsi qu'il résulte d'un ensemble de recherches assez précises.

Pour toute nourriture, les trois premiers jours, M. Mathieu se contente de donner un tiers de litre d'eau, par cuillerées à bouche, dans les vingt-quatre heures.

Il est bon d'y ajouter 2 ou 3 gr. de chlorure de calcium. M Mathieu se sert aussi des préparations gélatinées, mais à dose moindre que Senator ; voici la formule qu'il recommande :

Gélatine......................	4 gr.
Chlorure de calcium..........	2 gr. 50
Sucre......................	50 gr.
Eau........................	250 gr.

Ou bien il fait faire un bouillon de jarret de veau non salé, cet aliment fournissant une certaine quantité de gélatine.

La grande préoccupation du médecin, durant les quarante-huit premières heures, c'est d'introduire dans l'organisme une quantité suffisante d'eau. Il faut donc avoir soin de faire donner au malade un bocal pour recueillir ses urines, la quantité de celles-ci devant indiquer la quantité d'eau utilisée par l'organisme.

A partir du premier jour, on donnera de grands lavements très chauds, d'un litre d'eau contenant 2 gr. de chlorure de calcium, pour combattre l'hémorragie ; ces lavements seront donnés au bock ou mieux au vide bouteilles, lentement, à faible pression. L'emploi des grands lavements très chauds, à 48°-50°, a été conseillé, on le sait, par Tripier, de Lyon, pour favoriser l'hémostase à distance en raison de la contraction des vaisseaux gastriques.

Il faut noter, entre parenthèses, ce fait assez curieux : c'est l'action calmante qui succède à l'hémorragie, si bien qu'un ulcéreux, qui se trouvait en plein paroxysme douloureux, cesse de souffrir dès que l'hématémèse survient. Cette circonstance va permettre, précisément, de commencer assez rapidement la réalimentation.

Dès le troisième ou quatrième jour, M. Mathieu réalimente ses malades. Au début, il a recours exclusivement à l'alimentation lactée, d'abord à la dose d'un tiers de litre de lait, dilué d'un tiers d'eau et contenant du chlorure de calcium. Le sixième jour, il donne un demi-litre avec un demi-litre d'eau. Le septième deux tiers de litre avec un demi-litre d'eau ; à partir de deux litres de liquide, l'eau est supprimée et on augmente ainsi progressivement jusqu'à trois litres pour l'homme et deux litres et demi pour la femme.

Il y a des cas où il faut prolonger le régime lacté exclusif, tout essai d'administration d'autres aliments rappelant aussitôt les douleurs.

Le lait sera pris toutes les deux heures, par doses égales, avec huit heures de repos pendant la nuit. Il sera ingéré à la cuillère, ou avec le chalumeau. L'usage direct de la tasse et du verre sera formellement interdit, parce qu'il pousserait le malade à ingérer une trop forte quantité de lait d'un seul coup.

Vers le quinzième jour, on donne un potage au lait et un œuf. On prépare les potages avec du tapioca, de la semoule, du vermicelle fin, des pâtes d'Italie ; avec des bouillies, des crèmes d'orge, de riz, d'avoine, etc. Une recommandation essentielle à faire, c'est que ces potages soient extrêmement cuits.

L'œuf est donné soit délayé dans le lait, soit, à la coque. Un bon procédé consiste à le faire cuire pendant une ou deux minutes dans l'eau bouillante, puis à le délayer dans un verre, en y ajoutant un peu de sucre. On évitera le sel qui aiderait à l'hypersécrétion chlorhydrique.

On arrive, au bout de quelques jours, à donner quotidiennement trois potages et quatre œufs, si bien que vers le vingtième jour, le malade absorbe deux litres et demi de lait, dont un litre et demi sous forme de potages, et quatre œufs, espacés en six petits repas.

Ce régime est parfaitement suffisant et peut être prolongé sans aucun inconvénient, dans la majorité des cas, puisque les malades augmentent de poids et sont en état de mener une vie active et d'exercer des professions manuelles pénibles (par exemple, celle de mécanicien de chemin de fer).

Généralement, au bout d'un certain temps, M. Mathieu institue chez tous ses ulcéreux le régime lacto-végétarien, dans lequel on diminue la quantité de lait et d'œufs, et où on introduit des purées de légumes, au premier rang desquelles se place celle de pommes de terre.

Les fausses tumeurs spasmodiques du gros intestin.

Le diagnostic des fausses tumeurs spasmodiques du gros intestin n'est pas toujours aisé et l'on a dans un grand nombre de cas peine à écarter immédiatement l'idée de néoplasie inflammatoire ou cancéreuse.

La perte d appétit, l'amaigrissement, la cachexie y sont fréquemment signalés ; la fièvre peut survenir à certains moments du fait de résorptions intestinales irritantes ; les phénomènes d'obstruction, les débâcles diarrhéiques, les douleurs expulsives, les crampes se produisent comme dans les néoplasmes ; la consistance de tumeur, sensibilité, sa localisation même n'ont rien de bien caractéristique ; enfin il n'est pas jusqu'à l'hémorragie, quelle que soit son origine (congestion, varicosités, ulcération coprostatique, entérite) qui ne puisse encore venir troubler le clinicien.

Pourtant, c'est la palpation seule qui doit éclairer le diagnostic : les tumeurs spasmodiques sont souvent plus régulières, plus allongées, plus douloureuses que les tumeurs néoplasiques, elles sont nettement limitées et c'est par un rebord presque tranchant qu'elles se continuent avec l'intestin normal (Quénu et Duval) ; quelle que soit leur persistance il est rare que leur volume et leur consistance ne se modifient pas légèrement d'un jour à l'autre ; et quelle que soit leur fixité elles ne sont jamais adhérentes ; elles sont parfois bosselées, mais on ne constate jamais en leur voisinage de paquets ganglionnaires ; enfin dans certains cas elles sont multiples et même disparaissent tout à coup d un segment de l'intestin où elles s'étaient fixées pour se jeter sur un autre. Une observation que nous a citée récemment le Dr Gaillard est un bel exemple de cette mobilité.

L'erreur est pourtant toujours facile ; elle est à peu près fatale lorsque la tumeur spasmodique accompagne un néoplasme gastrique (obs. personnelle) ou un néoplasme latent et non perceptible de la partie supérieure du rectum (obs. inédite de P. Duval). Alors on localise au point même où la main perçoit la tumeur spasmodique, c'est-à-dire au niveau du colon ou de l'S iliaque, un néoplasme dont les signes fonctionnels eussent plutôt permis d'affirmer l'existence au niveau de l'estomac ou de tout autre segment digestif. (Lœper, *Tribune médicale*, 10 juillet 1909, p. 437.)

Moyen d'ouvrir l'urètre ou la vessie par le vagin sans risque de fistule.

On pratique, à 1 centimètre en arrière du méat urétral et au-dessous de lui, une incision transversale de 3 centimètres et demi à peu près, n'intéressant que la muqueuse vaginale. Puis, avec la sonde cannelée ou le bec de ciseaux mousses, nous avons décollé, dans toute la largeur de l'incision, cette muqueuse, d'abord de l'urètre sus-jacent, puis de la vessie elle-même. Ce décollement, à moins d'adhérences pathologiques anormales, est très facile, et l'on arrive ainsi très vite à avoir sous les yeux et le doigt toute la face inférieure de l'urètre et une partie assez étendue de la face inférieure de la vessie. On voit très bien alors notamment, le point correspondant à l'abouchement de l'urètre dans la vessie et, par derrière, la vessie qui s'étale au-dessus du vagin. Rien de plus simple d'inciser ensuite, et dans l'étendue qu'on veut, la paroi inférieure de l'urètre ou de la vessie, pour y extraire un corps étranger, pratiquer une opération sur le sphincter urétro-vésical, mettre un drain dans la vessie pour un drainage momentané de celle-ci, etc. En se tenant bien sur la ligne médiane du plan vésical inférieur, on ne risque pas, même par une incision un peu longue, de commettre de dégâts, notamment d'intéresser les uretères à leur abouchement vésical.

L'opération terminée, si l'on ne veut pas laisser de propos délibéré une brèche urétrale ou vésicale temporaire, on ferme, par quelques points de suture, urètre ou vessie au niveau de la plaie qu'on y a pratiquée, puis, à l'aide d'autres points, l'incision vaginale transversale faite au début de l'intervention. On peut, si l'on veut, et pour plus de sûreté, contre une désunion possible de la suture urétrale ou vésicale, laisser pendant quelques jours un tout petit drain au-dessus de la muqueuse vaginale décollée. En tout cas, les conditions pour la production d'une fistule ultérieure durable sont très défavorables ici, en raison de la discordance complète entre la plaie urétrale et la plaie vaginale ; la fistule, si elle se produisait, rentrerait éminemment dans la catégorie des fistules très indirectes, celles où les deux orifices, viscéral ou muqueux, ne sont pas du tout superposés et se trouvent au contraire à une grande distance l'un de l'autre. (Rochet, *Lyon médical*, n° 28 du 11 juillet 1909, p. 57.) Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 juillet 1909.

Du travail musculaire électriquement provoqué dans la cure des maladies par ralentissement de la nutrition et en particulier dans la cure de l'obésité. — M. *Bergonié*, en employant le courant des bobines d'induction, a constaté que les échanges respiratoires sont énormément augmentés ; la température centrale du sujet tend à s'élever. Il se couvre souvent de sueur ; la fréquence des mouvements respiratoires et du pouls augmente ; la pression artérielle ne s'élève pas pendant l'exercice électriquement provoqué, mais s'abaisse après, comme dans l'exercice ordinaire. Le poids de la graisse diminue très vite si la ration alimentaire est et reste celle d'équilibre avant le traitement. Les forces et la résistance du sujet à la fatigue s'accroissent.

Propriétés antirabiques de la substance cérébrale. — M. *A. Marie* a constaté qu'une solution isotonique de suc de cerveau humain obtenu en broyant celui-ci avec du sable, desséchant dans le vide le liquide provenant du broyage, neutralise en quelques heures son volume d'une émulsion centésimale de virus rabique.

Cette propriété se manifeste avec le cerveau des individus morts des maladies les plus diverses, et semble due aux nucléo-protéines.

Chez des animaux sains, ou atteints de maladies autres que la rage (chimpanzé, chien, lapin, cobaye, rat, pigeon), le virus antirabique fait défaut, ainsi que chez les espèces presque réfractaires au virus fixe ; mais elle s'est manifestée chez des lapins qui avaient succombé à la rage. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1909.

Les enseignements de la lutte contre la mortalité infantile (de 0 à 1 an) à New York. — M. *Robert Simon* a pu constater, au cours d'un voyage aux Etats-Unis, que la mortalité infantile de la ville de New-York avait diminué d'*un tiers* dans ces dix dernières années, tombant de 214 à 144 pour 1000 de la natalité, de 1898 à 1908.

Ce résultat est dû en grande partie à une œuvre privée, l'*Association pour l'amélioration de la classe pauvre*, et à la pression exercée par elle sur les services sanitaires officiels.

Parmi les moyens appliqués avec le plus de succès dans la lutte contre la mortalité infantile, il convient de citer :

1° L'établissement, en été, pour les mères et les nourrissons, de camps en plein air, hôpitaux de rivage, hôpitaux flottants, destinés à soustraire les enfants à l'influence de la grande chaleur, dans des logis étroits ; l'enseignement familier de la puériculture est facilité par ces institutions.

2° La création, sous le contrôle de laboratoires municipaux, d'un certificat de lait, délivré chaque jour, et révocable de même et accordé seulement sous cinq conditions : le lait proviendra,

de vaches tuberculisées ; il ne contiendra pas plus de 30.000 bactéries par centimètre cube (à Paris on compte 5 millions de bactéries par centimètre cube après 24 heures), il sera vendu, au plus tard, 36 heures après la traite, en flacons scellés et conservés dans la glace ; ces flacons seront remplis et scellés à la ferme et non à New-York, ils portent le nom de la ferme, la date et l'heure de la traite la plus éloignée.

3° La visite fréquente à domicile des nouveau-nés, par des infirmières spécialement éduquées ; et surtout la surveillance régulières des femmes de la classe pauvre, pendant leur grossesse, par les mêmes visiteuses.

Alors que, dans la classe pauvre, et pour des enfants surveillés seulement au lendemain de leur naissance, la mortalité est encore de 17, 1 pour 100, elle tombe à 4, 7 p. 100 pour les enfants dont les mères ont été surveillées de 1 à 6 mois avant l'accouchement. Annuellement, une visiteuse surveille 100 mères, et gagne 12 vies à la société.

L'auteur estime que l'établissement d'un certificat de lait, et la surveillance des nouveau-nés et des femmes enceintes constituent des progrès facilement réalisables partout où on le voudra. Les dépenses supplémentaires incombant de ce fait à la collectivité seront largement compensées par le gain en vies humaines.

Sur la question de l'unité vaccino-variolique. — M. *Gauducheau*, médecin-major des troupes coloniales, tire de sa communication sur ce sujet des conclusions analogues à celle de M. Kelsch. Il croit à la persistance des caractères différentiels des deux virus, du moins à la rareté et à la difficulté d'obtenir la transformation, lorsque toute cause d'erreur est éliminée.

La peste pneumonique.— Travail de M. *de Brun* (de Beyrouth), présenté par M. *Chantemesse*.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — M. *Gariel* présente au nom de MM. *Pierre Rosenthal* et *Albert Berthelot* un appareil destiné à l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle à l'état gazeux, seul ou mélangé à l'oxygène. Benjamin BORD.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Ecoles municipales d'infirmières. — A la distribution des prix dont nous avons donné le compte rendu dans le dernier numéro du *Progrès médical*, M. G. MESUREUR, Directeur de l'Administration générale de l'A.P. a pris la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« C'est une bonne fortune pour les Ecoles municipales d'infirmiers et d'nfirmières de la Ville de Paris d'avoir à la présidence de cette cérémonie le Président du Conseil municipal ; « Monsieur Chausse témoigne ainsi du haut intérêt que l'Assemblée dont il dirige les travaux porte au Personnel hospitalier ; « il nous garantit que sa sollicitude pour tout le petit personnel « des services municipaux s'étendra également à celui de l'Assistance publique qui n'entend pas être séparée un instant de « notre grande administration municipale et qui, si elle n'est « point municipalisée légalement, l'est tout au moins d'esprit et « de cœur.

« Monsieur Chausse nous connaît bien ; il sait la somme des « dévouements modestes qui se manifestent chaque jour dans « tous nos services comme aux lits des malades ; mais nous « connaissons mieux encore M. Chausse : la sûreté de son jugement, la droiture de son esprit et la sévérité de ses principes « tempérée par son affabilité, lui ont valu les suffrages et la confiance de ses collègues et du Conseil de surveillance, où nous « regrettons toujours son absence. Si j'ai ressenti parfois les contre-coups de sa vigilance attentive, je n'en ai jamais éprouvé la « moindre amertume ; car il avait raison : que deviendrait l'omnipotence administrative si elle n'était point sans cesse surveillée, mise en légitime suspicion et contrôlée dans les moindres « de ses actes ? C'est le propre même du régime démocratique ; « ces souvenirs n'affaiblissent point la haute estime que j'ai pour « Monsieur Chausse et ils n'ont point altéré, j'en suis certain, « l'amitié qu'il a pour nous et dont il nous donne un nouveau témoignage aujourd'hui.

« Cette distribution des prix de nos cours emprunte une solennité particulière à cette circonstance que nous avons voulu, « par la réunion des élèves de nos quatre écoles : Salpêtrière, « Bicêtre, Pitié et Lariboisière, marquer la première et glorieuse « étape de leur développement ininterrompu, tracer leur avenir, « et rendre un hommage public à leur fondateur, le docteur « Bourneville.

« Pour la première fois depuis trente ans, nous n'entendrons « plus sa parole dans cette fête annuelle qui était, pour lui, « comme la récompense de ses efforts patients et opiniâtres.

« Dans son œuvre républicaine et laïque d'enseignement, il « rencontre contre lui des siècles de tradition, tous les préjugés « que fait fleurir la sentimentalité religieuse et que cultivent avec « soin des intérêts moins respectables. Il fallait, par l'enseignement professionnel donné à de malheureuses filles de service « qui n'étaient jusqu'alors considérées que comme des domestiques, remplacer la congrégation et, par la congrégation, atteindre enfin l'Église qui avait monopolisé l'administration du bien « des pauvres et qui trouvait alors, pour conserver son hégémonie sur les services hospitaliers, des complicités partout, au « dehors comme au-dedans, dans le corps médical et jusque dans « les bureaux.

« Cette œuvre, il l'a accomplie avec ténacité, avec foi ; il a eu « raison de toutes les résistances, de tous les mauvais vouloirs. Il « lui a sacrifié ses intérêts personnels; abreuvé d'injures et de déboires, il a tout supporté pendant un quart de siècle et si, autour de lui, se dressaient les embûches et les calomnies, il savait qu'au loin la Démocratie l'approuvait et il apportait patiemment sa pierre au monument indestructible élevé par la « République à l'indépendance de l'esprit et à la liberté de la « conscience.

« Il en est encore ici de celles qui ont connu ces temps de servitude où la congrégation régnait en maîtresse dans l'hôpital « et faisait passer le service de Dieu et le soin des âmes avant les « soins du corps et la guérison des malades. Toute cette phalange « de nos suppléantes et de nos surveillantes a été formée par lui, « par son enseignement pratique et professionnel, par ses conseils d'une haute moralité où l'intérêt du malade, le respect de « sa personne et de sa conscience tiennent la première place. « C'est lui qui a dit à nos infirmières, résumant ainsi sa doctrine : « *Fais ce que dois* ; sois bonne, dévouée et courageuse » ; et, à « travers plusieurs siècles, il s'est rencontré dans la même pensée « avec un homme qui avait le génie de la charité : Vincent-de-Paul, et qui avait créé une Société d'infirmières spéciales ; il « s'était rendu compte de l'incompatibilité des règles monastiques et des devoirs hospitaliers » Mes Sœurs, leur disait-il, vous « n'êtes pas des religieuses et cependant vous êtes obligées plus « qu'elles à travailler à votre perfection. » S'il se trouvait parmi « vous quelque esprit brouillon qui dît : » Il faut être religieuse, « cela est bien plus beau ». Ah ! mes sœurs, la Compagnie serait « à l'extrême-onction » ; et il leur recommandait d' « obéir aux « médecins, de mesurer le temps de façon à ne jamais le donner « à la prière quand il était nécessaire aux malades. »

« Pour soigner les malades, il faut un personnel spécial et ce « personnel ne doit pas avoir un caractère religieux ». Voilà ce « qu'ont dit les deux hommes que l'Assistance publique de Paris « a le droit de réclamer comme siens; et il fallut que le second vînt « au XIXe siècle pour rappeler et appliquer les principes posés « avec tant de force et de raison à la fin du XVIe siècle par le « premier.

« L'œuvre de Bourneville ne s'est pas arrêtée à nos barrières ; « elle gagne maintenant toute la France ; et, avec la laïcité, l'air « la lumière, la propreté et la science moderne entrent dans tous « nos hôpitaux. Nous avons le devoir, dans cette journée, de saluer « la mémoire de cet homme de bien et de lui apporter l'hommage « de notre reconnaissance ; et nous remercions Monsieur le Président de l'avoir fait au nom de la Ville de Paris.

« Nous devons aussi à sa mémoire de maintenir son œuvre, de « la compléter, de l'agrandir, de l'adapter aux nécessités modernes.

« On ne se borne plus à garder les malades, à faire de l'hôpital « une galerie de pauvres gens ; on les soigne, et j'ajouterai : on « veut les guérir, il faut de plus en plus les guérir. Pour atteindre « ce but, pour être les collaboratrices conscientes et éclairées « du corps médical, il faut à nos infirmières une instruction géné-

« rale et une instruction technique ; l'une doit précéder l'autre.
« C'est à nos cours primaires fondés maintenant à peu près « dans nos hôpitaux, qu'elles acquerront les connaissances élé- « mentaires qui leur permettront d'obtenir le certificat d'études « primaires et de suivre ensuite avec fruit l'enseignement des « cours d'infirmières.

Nous voulons, comme l'a exprimé un de nos généreux bien- « faiteurs, récompensser par des prix importants celles qui au- « ront d'excellentes qualités de cœur, qui auront fait preuve de « dévouement, de patience et de douceur au contact des malades « et répondu à leur besoin de sentir auprès d'eux un peu de pitié, « mais nous récompenserons surtout celles qui se seront intrui- » tes, qui seront en possession des connaissances techniques qui « constituent la véritable infirmière, celle qui sait comment on « soigne un malade et qui, par son sang-froid et sa science, se « trouve, à l'heure voulue, capable de sauver une existence. Cel- « les-là, nous les récompenserons par un avancement qui ne « sera plus exclusivement à l'ancienneté, mais à la valeur et à la « grandeur des services.

« Il n'est plus admissible que les agents du personnel hospita- « lier soient illettrés ; ceux qui refuseront de s'instruire, de mar- « cher avec leur temps et de se soumettre aux dures nécessités « qu'il impose, ceux qui passeront à côté de nos écoles au lieu d'y « entrer, ceux-là ne s'étonneront pas de rester dans les postes infé- « rieurs ; car il n'en est pas un qui puisse dire qu'il n'a pas à sa « portée aujourd'hui les moyens d'acquérir les connaissances né- « cessaires.

« Nous avons créé des cours de jour pour les veilleurs et les « veilleuses, des cours professionnels dans plusieurs hôpitaux à « côté des quatre écoles de Bourneville ; cette année, enfin, « nous nous sommes montrés particulièrement sévères pour « l'attribution du Diplôme; le nombre des diplômes qui vont être « distribués atteint néanmoins 315 ; 88 aux élèves libres et 227 à « notre personnel. Ces chiffres sont très élevés et témoignent du « grand mouvement vers cette instruction nécessaire. Mais n'ou- « blions pas néanmoins que 983 élèves s'étaient fait inscrire ; « plus de 500 se sont découragés dès les premiers pas et 422 seu- « lement ont suivi les cours ; sur ce dernier nombre, 107 ont échoué « en raison de l'insuffisance de leur instruction primaire : c'est « une leçon qu'il ne faut pas oublier.

« Nous voudrions que tous, vous soyez animés de la même pas- « sion pour votre profession si noble et si belle, que vous ne la « rabaissiez pas au niveau d'une profession manuelle, que vous « ne l'exerciez pas avec des préoccupations qu'on peut avoir dans « l'industrie, mais qui seraient mesquines chez nous, pour l'ap- « plication stricte des conditions du travail. C'est l'humanité, « celle qui souffre et qui pleure, que vous avez entre les mains ; « et celle-là n'aura jamais assez de dévouement pour la secourir : « et vous n'aurez jamais trop de science, de vertu, d'abnégation « et de désintéressement pour la bien servir.

« A l'heure prochaine où la Ville de Paris va s'occuper d'amé- « liorer la situation du personnel municipal, vous ne serez point « oubliées, j'en ai la certitude. Vous savez donc que, si vous fai- « tes votre devoir, vous n'aurez pas seulement satisfait votre cons- « cience, mais vous aurez conquis encore plus de justice et plus « de bien-être, qui est l'idéal même de notre République démo- « cratique. »

BIBLIOGRAPHIE

Comment élever nos enfants ? par HERBART. Traduit par MOLTOR. (Un volume in-8° de 290 chez Schleicher. Paris, 1909.)

Ce volume traite de la pédagogie générale, et toutes les idées d'Herbart sur l'éducation par l'instruction y sont condensées. Il est heureux que MM. Schleicher, qui ont déjà publié un certain nombre de volumes sur l'éducation, nous fassent connaître les doctrines parfois audacieuses mais toujours intéressantes de l'auteur. L'éducation risque souvent de manquer son but, mais la direction indiquée dans ce volume est la bonne : le livre premier traite du but de l'éducation en général, le livre II de la multiplicité de l'intérêt et le livre III du caractère. Chemin faisant, on rencontre des considérations sur la matière, la marche et le résultat de l'enseignement, sur la vie de l'école, sur l'influence des dispositions naturelles, des idées acquises et du genre de vie, sur la culture morale, etc.

Pathologie gastro-intestinale clinique et thérapeutique, A. MATHIEU et J. C. ROUX (Doin et fils, éditeurs, Paris, 1909.)

Les auteurs, dont la compétence en pathologie digestive est universellement reconnue, ont réuni dans ce volume une série d'articles parus de différents côtés : ils y ont ajouté plusieurs leçons faites à St-Antoine.

Il s'agit d'une série d'études parcellaires sur plusieurs points de pratique des maladies gastro-intestinales.

On y trouve des chapitres sur la valeur sémiologique de l'état de la langue, sur les manifestations névropathiques de l'œsophage, sur le bruit de clapotage gastrique, sur l'aérophagie inconsciente des dypeptiques, sur l'alimentation insuffisante, sur l'angine de poitrine gastralgique, sur le mucus dans les fèces, sur la constipation atonique et spasmodique, etc.

On trouve, dans ces différents articles toutes les qualités habituelles aux auteurs : l'observation clinique pénétrante, le peu de souci des théories explicatives, la clarté des conceptions cliniques et thérapeutiques. P. CARNOT.

L'orthopédie indispensable aux praticiens. (*Tuberculoses externes, déviations, difformités, etc.*), par F. CALOT, de Berck. Deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8°, de 742 pages, avec 855 figures originales dans le texte. Cartonné toile (Masson et Cie, éditeurs : 16 fr.)

La première édition de ce livre a été épuisée en moins de 4 mois — ce qui est sans précédent, peut-être, dans les annales de la librairie médicale.

Et l'on peut prédire le même succès à la deuxième édition (revue et augmentée de 40 figures nouvelles) qui paraît aujourd'hui.

Si les praticiens ont fait à cet ouvrage un pareil accueil, c'est qu'il y a vraiment « très peu de livres qui puissent, autant que celui-ci, leur rendre service.

« Pourquoi un livre de ce genre n'avait-il pas encore été écrit ?

« C'est que, pour le faire, il faut non seulement avoir la connaissance approfondie de ces questions délicates, il faut l'expérience prolongée de cette chirurgie infantile si particulière, et la compétence chirurgicale qui en résulte, mais il faut avoir aussi le sens de l'enseignement avec cette tournure pratique de l'esprit qui permet de discerner dans les questions ce qu'elles ont d'indispensable à connaître, et ce qu'elles présentent de difficultés dans leur application, de manière à les simplifier pour le lecteur tout étonné de les comprendre si facilement.

« Ces qualités nécessaires, M. Calot, qui a tant fait pour le développement de cette thérapeutique devenue en ses mains souvent plutôt médicale que chirurgicale, les possède au plus haut degré.

« Dans son livre, où d'ailleurs le texte s'appuie sur un nombre considérable de figures admirablement exécutées, tout est simple et concis, peu de discussions, beaucoup d'aphorismes qui fixent dans l'esprit, mieux que de longues phrases, les règles à suivre dans la thérapeutique à employer. » (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.)

L'ouvrage est divisé en 4 parties.

Ire PARTIE. — Affections orthopédiques d'origine tuberculeuse : *mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches.*

IIe PARTIE. — Affections orthopédiques acquises, mais non tuberculeuses : *scoliose, rachitisme, genu valgum, tarsalgie, paralysie infantile.*

IIIe PARTIE. — Affections orthopédiques congénitales : *luxation congénitale de la hanche, pied bot, torticolis, maladie de Little.*

IVe PARTIE. — *Adénites cervicales.* Les autres tuberculoses externes : *abcès froids, ostéites, synovites, spina ventosa, tuberculose du testicule* et de *l'épididyme, tuberculose de la peau*, tuberculoses multiples, *syphilis des os et des articulations, ostéomyélite* aiguë et chronique. Diagnostic pratique des ostéites et des arthrites chroniques. De l'anesthésie, etc., etc.

Tous nos compliments à l'auteur si compétent et si infatigable.

TRAVAUX ORIGINAUX

La vaccination préventive de la dysenterie bacillaire ;

Par M. Ch. DOPTER

Médecin-major de 2e classe,
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Je désire rapporter ici quelques faits prouvant qu'en cas d'épidémies de dysenterie bacillaire éclatant dans des villages et plus spécialement dans les familles, la vaccination préventive de cette infection peut contribuer à enrayer rapidement une épidémie.

On sait, en effet, par l'histoire des épidémies de village, que la dysenterie bacillaire est extrêmement contagieuse. Certains auteurs, comme Trousseau par exemple, ont pu suivre pas à pas son évolution dans tel ou tel village, passant aisément de maison à maison, de rue à rue, de quartier à quartier, et dans chacune de ces agglomérations, sinon la totalité, du moins la plupart des membres d'une même famille, payaient tour à tour leur tribut à l'infection. Fouquet signalait souvent le fait au cours des épidémies de Bretagne, où l'hygiène est si rudimentaire qu'elle n'existe pas, où tout contribue sous le même toit à favoriser non seulement l'éclosion, mais la propagation et l'exaltation de la virulence du bacille dysentérique.

On sait aussi combien ce dernier se propage aisément dans les hôpitaux, où, faute de locaux disponibles, les dysentériques sont mélangés aux malades atteints de tout autre affection. Le nombre de ces cas intérieurs est souvent assez important pour nécessiter des mesures capables d'arrêter le mal et de l'étouffer dans sa racine ; à cet égard, il convient de citer les asiles d'aliénés où la contagion s'opère avec une extrême facilité.

Jusqu'alors l'isolement, quand il était possible, était la seule mesure capable d'arrêter les progrès de l'infection, dès que le premier cas était déclaré ; la désinfection des selles des sujets atteints étaient pratiquée au moins théoriquement. Mais il faut connaître l'intérieur de ces malheureux habitants des fermes, des masures, des cabanes, et leur mentalité sceptique habituelle, ou tout au moins leur insouciance, pour penser que de telles mesures sont inapplicables dans la plupart des cas, ou tout au moins suivies d'un échec complet.

Aussi, le plus souvent, conviendrait-il d'employer un autre moyen. Il semble que ce dernier puisse être trouvé dans la *vaccination préventive*.

Celle-ci a jusqu'alors été peu étudiée, du moins au point de vue pratique. Voici les quelques notions que l'on possède à cet égard. Plusieurs procédés ont été proposés :

Vaccination par cultures tuées. (Immunisation active). — En injectant sous la peau d'un animal (lapin, rat blanc, souris) une minime quantité de culture vivante ou tuée par la chaleur, on arrive dans 50 p. 100 des cas à conférer l'immunité dysentérique à l'animal, car en leur injectant 15 jours après la dose capable de les tuer en 3 à 4 jours, ils résistent le plus souvent ; mais l'immunité n'est obtenue qu'au bout de 10 à 12 jours environ (1).

Cette méthode appliquée à l'homme n'est pas exempte d'inconvénients ; quelques exemples en font foi. Kruse se fait sous la peau une injection de 1 c.c. de culture tuée en bouillon. Le soir même, au point d'inoculation, se développe une tuméfaction inflammatoire très douloureuse accompagnée de fièvre ; ces phénomènes locaux présentèrent leur maximum au bout de 24 heures. Après une légère rétrocession, leur intensité se renouvela le 4e jour ; ils durèrent environ 7 jours.

Shiga (1) s'injecte sous la peau de l'avant-bras 1/12 de culture tuée sur agar. Le jour même, la température s'élevait à 38°6 ; en même temps la région injectée était le siège d'un gonflement accusé ; un ganglion axillaire se tuméfia. Deux jours après, ces symptômes diminuèrent pour reprendre le 3e jour. Le 8e jour, ils duraient encore, la température s'élevait à 38°9 ; au niveau du gonflement, une incision donna lieu à du pus stérile ; la guérison s'opéra sans difficulté dans la suite.

Rosenthal signale deux nouveaux essais sur lui-même et sur un garçon de laboratoire : après l'injection de 1 cc. de culture en bouillon tuée, la température s'éleva à 38°6 et s'accompagna de malaise, céphalée et d'arthralgies ; au point inoculé, se produisit un gonflement inflammatoire qui dura une semaine environ.

Ces faits montrent que l'injection sous-cutanée de cultures de bacilles dysentériques tuées est suivie de phénomènes locaux et généraux assez marqués et durables pour que cette méthode puisse être employée.

De plus, autant qu'on peut en juger par les expériences sur l'animal, la durée de l'immunité conférée ne dure que 4 à 6 semaines. Puis, pendant la période où l'animal prépare son immunité (10 jours environ), il est beaucoup plus sensible que les témoins à l'épreuve mortelle et succombe avant eux. Par conséquent appliquée à l'homme en état d'inoculation, chez le « porteur de bacilles », une telle vaccination provoquerait derechef l'infection dysentérique, et lui conférerait une gravité insolite. Autant de raisons qui doivent la faire rejeter de la pratique courante.

Les mêmes conclusions s'imposent pour tous les procédés qui utilisent comme vaccins les produits d'autolyse bactérienne. Mes recherches expérimentales donnent exactement les mêmes résultats : d'ailleurs, on sait que le bacille dysentérique introduit sous la peau n'agit que par la toxine qu'il fabrique au point inoculé, et qui est mise ensuite en liberté et en circulation dans l'organisme.

Vaccination par le sérum antidysentérique (Immunité passive). — Quand on inocule des animaux de laboratoire avec une dose suffisante de sérum antidysentérique, capable de neutraliser une ou plusieurs doses mortelles de bacilles vivants ou morts, ou de toxine, l'animal résiste. Contrairement à la vaccination active par cultures tuées, l'immunité est obtenue immédiatement. Mais, comme avec les autres sérums connus, elle est de courte durée et n'excède pas habituellement 10 jours. Des lapins, des souris inoculés après ce laps de temps succombent en effet dans les mêmes délais que les témoins.

Ces faits expérimentaux sont corroborés par quelques observations tirées de leur application à l'homme ; elles seront signalées plus loin.

Vaccination mixte par sérum-virus. — Immunité immédiate, mais de courte durée par le sérum seul ; immunité plus prolongée, mais longue à obtenir, avec les vaccins bactériens ; ainsi se résument les caractères propres aux méthodes précédentes. Aussi, à l'exemple des essais tentés par Calmette et Salimbeni pour la peste, a-t-on voulu combiner les deux procédés (vaccination mixte par sérum-virus) pour obtenir le double résultat cherché : immunité rapidement obtenue et durable.

Shiga (2) est entré dans cette voie :

(1) DOPTER. — Société de biologie, 26 octobre 1907.

(1) SHIGA. — *Centralbl. für Bakteriologie*, 1898.
(2) SHIGA. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, p. 327.

Lors de ses premiers essais, il injectait une première fois du sérum et 1/2 dose de culture sur agar âgée de 24 heures, et tuée. Trois à quatre jours plus tard, il injectait une dose double de culture, mais sans sérum. 10.000 Japonais furent ainsi vaccinés, mais sans succès, puisque la morbidité ne subit aucune diminution ; la mortalité seule fut affaiblie.

Plus tard, il pratiqua simultanément la première fois une injection de culture et de sérum à doses égales (il ne précise pas les quantités) ; la deuxième fois, 80 de culture pour 20 de sérum. Toutes ces inoculations étaient d'ailleurs suivies d'une faible réaction.

J'ai repris expérimentalement ces faits sur la souris ; j'ai ainsi pu faire les constatations suivantes :

Une seule injection de sérum-virus confère à la souris une immunité habituellement immédiate ; sa durée toutefois n'excède pas 20 jours. Deux vaccinations successives à plusieurs jours d'intervalle (comme Shiga dans sa 2e série d'expériences) donnent des résultats identiques, ne donnant par conséquent aucun avantage sur la vaccination unique.

Par ces deux procédés, la période de réceptivité pour la préparation de l'immunisation n'existe pas, mais les inoculations s'accompagnent encore de phénomènes locaux. Chez l'homme, Shiga les a observés, mais moins marqués qu'avec les vaccins bactériens.

Vaccination par bacilles sensibilisés. — Cette méthode dérive de la précédente, dont elle n'est qu'une modification. Elle est basée sur ce principe que quand on injecte un sérum-virus, l'immunité dure d'autant moins longtemps que la quantité de sérum faisant partie du mélange est plus grande.

Cette donnée, mise en valeur par Beinarowitsch pour la vaccination antipesteuse, a été utilisée par Besredka (1), qui a préparé pour le choléra, la peste, la fièvre typhoïde, des vaccins constitués par des microbes simplement imprégnés de sérum et débarrassés de l'excès de ce dernier par lavages à l'eau physiologique et décantation.

J'ai appliqué cette méthode (2) à la préparation d'un vaccin antidysentérique par *bacilles sensibilisés.*

Les expériences tentées sur la souris m'ont permis de constater ce qui suit :

Dans la grande majorité des cas, l'immunité est obtenue au bout de 4 jours.

Pendant que l'animal prépare son immunité, il n'est pas plus sensible que le témoin à l'épreuve mortelle.

L'immunité persiste au moins pendant 4 mois 1/2.

Le vaccin par bacilles sensibilisés ne provoque aucune réaction ni locale ni générale.

A tous égards, cette méthode paraît infiniment supérieure à tous les procédés antérieurement proposés.

Applications pratiques. — Entre toutes ces méthodes, il convient de choisir celle qui offre les garanties les plus sérieuses pour préserver de la dysenterie bacillaire les sujets qui sont en contact avec les malades.

Prenons un exemple concret : une épidémie de dysentérie sévit dans un village, dans plusieurs maisons, plusieurs fermes, elle fait des ravages et atteint successivement les divers membres des familles atteintes.

A quel procédé aura-t-on recours ?

La méthode des vaccins bactériens seuls paraît déjà jugée : l'immunité qu'ils engendrent est trop longue à se produire, sa durée est trop courte ; ils occasionnent des accidents locaux et généraux trop accusés pour qu'il soit possible de les utiliser. Enfin, on ne doit pas oublier qu'appliqués en période épidémique, ils exposeraient les sujets en incubation de dysenterie à contracter cette infection qui prendrait alors un caractère de gravité très marqué. Ce procédé de vaccination doit donc être catégoriquement rejeté.

(1) Besredka. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1903.
(2) Dopter. — Société de Biologie, 26 octobre 1907.

Restent les trois autres méthodes qui ont été envisagées.

Les vaccins sensibilisés paraissent doués de hautes propriétés immunisantes durables ; nous avons fait ressortir leurs avantages multiples ; mais ils n'ont été expérimentés encore que sur l'animal, et l'on ignore totalement leur action sur l'homme.

Néanmoins s'ils produisent dans l'organisme humain les mêmes effets que chez l'animal, ils paraissent être la méthode de choix.

Mais en attendant que la pratique soit venue le démontrer, il convient de choisir entre la vaccination par *sérum-virus* ou *sérum seul* ?

Shiga, avons-nous dit plus haut, a employé chez l'homme le procédé de 2 vaccinations au sérum-virus à quelques jours d'intervalle. Il vaccina ainsi 50.000 Japonais. Pour montrer l'efficacité de ce procédé, il cite entre tous le fait suivant :

En août 1900, la dysenterie éclate dans un village ; en un mois, on compta 28 atteintes : Shiga inocula à deux reprises différentes tous les habitants âgés de plus de 4 ans. Si l'on excepte deux cas qui se déclarèrent le lendemain de la première inoculation, tous les sujets vaccinés restèrent indemnes.

Devant cet exemple si probant, il semble bien que le procédé de Shiga doive rallier tous les suffrages, mais il faut remarquer qu'il expose, lui aussi, à des réactions locales et générales, qui, si peu marquées soient-elles, n'en existent pas moins.

De plus nous avons vu que l'immunité qu'il confère n'est pas de durée plus longue qu'avec le sérum seul.

Voici les quelques faits rapportés à l'actif de la vaccination par *sérum seul*.

En 1903, Krüse (1) l'utilisa dans des familles dès que la dysenterie becillaire avait fait son apparition. Il vaccina 10 sujets. Un seul prit la dysenterie trois jours avec l'injection de 2 c. cubes de sérum ; mais cette dose, d'après l'auteur lui-même, pouvait être considérée comme insuffisante.

Tous les ans, en juin ou juillet, la dysenterie bacillaire apparaît sous forme d'épidémies plus ou moins extensives à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). En 1907, comme à l'habitude, plusieurs cas surviennent. Le Dr Lallemant (communication écrite) injecte préventivement 10 c. cubes de sérum à 60 malades ou infirmiers : aucun ne contracta l'infection. Il ne signale pas, il est vrai, que d'autres sujets non vaccinés aient été atteints.

En 1906, Rosculet (2) observe une épidémie assez dense ; les cas de contagion étaient nombreux dans les familles. Il fait alors des injections préventives de 5 c. cubes de sérum à 18 personnes entourant les malades ; aucun cas ne se déclara chez elles ; sur 18 autres au contraire qui ne furent pas injectées, 14 atteintes survinrent.

A vrai dire, ce fait a la valeur d'une expérience de laboratoire ; il est confirmé par le suivant, que j emprunte au Dr Michiels (3).

A Chauviguy (Vienne), en 1908, éclate une épidémie

(1) Krüse. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1903, nos 1-3.
(2) Rosculet. — *Wiener klin. Wochenschrift*, 30 août 1906.
(3) Michiels. *Poitou médical*, février 1909.

qui se propage rapidement dans plusieurs familles ; à 15 personnes, il injecte préventivement 10 cent. cubes de sérum ; 14 restèrent indemnes ; une seule prit une dysenterie très bénigne, 9 jours après l'inoculation.

Ce dernier cas est de nature à montrer que, chez l'homme, la durée de l'action préventive n'est pas plus considérable que chez l'animal. Un fait rapporté par Lüdke parle dans le même sens : Lüdke s'était fait une injection préventive de sérum ; trois semaines après, il avale involontairement une culture vivante de bacilles dysentériques ; 9 jours après il contractait la dysenterie.

Ces faits comportent un enseignement :

1° Ils tendent à montrer que, dans une famille où se déclare un cas de dysenterie bacillaire, on peut préserver presque sûrement les personnes habitant le même toit en leur injectant sous la peau 10 c. cubes de sérum antidysentérique. On conçoit dès lors que si cette méthode prophylactique est appliquée à la fois dans plusieurs familles ou plusieurs habitations menacées d'une contagion certaine, elle pourra contribuer en même temps, sinon à faire cesser complètement l'épidémie, du moins à restreindre considérablement le nombre de ses victimes. Faute de terrains réceptifs, la graine finira par disparaître, et avec elle l'épidémie.

2° Ils montrent encore qu'une seule injection peut n'être pas suffisante et que souvent il convient de la réitérer 8 à 9 jours après.

Ainsi donc, les injections sous-cutanées de sérum seul paraissent tout aussi efficaces que les injections de sérum-virus ; elles ont sur ce dernier l'avantage appréciable de n'être suivies, à part les accidents sériques habituels, d'aucune réaction locale ni générale due à l'action des bacilles dysentériques.

J'ai pensé faire œuvre utile en faisant connaître ces faits que nos confrères des campagnes et même des villes pourront mettre en pratique ; la méthode mise entre leurs mains est certes capable de préserver des méfaits souvent mortels de la dysenterie bacillaire un certain nombre d'existences humaines.

Vaste abcès médiastinal provoqué par une carie dentaire ;

Par MM. P. ALGLAVE,
Ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale,
Et G. MAHÉ,
Dentiste des hôpitaux.

On ne sera jamais trop prévenu des complications parfois très graves que peut entraîner la carie dentaire.

On cite, d'après Salter (1), le fait d'un abcès fistuleux apparu au-dessous de la clavicule et qu'on ne put guérir que par l'extraction d'une petite molaire cariée, cause de tout le mal.

Il nous a été donné d'observer, à la Pitié, en 1905, dans le service du professeur Terrier, un fait de même nature, qu'il nous paraît intéressant de relater, tant à cause de la rareté de sa localisation anatomique, que des rapports étroits qui n'ont cessé d'exister entre la dent malade et la volumineuse et lointaine collection à laquelle elle avait donné naissance.

Il s'agit d'un volumineux abcès de la loge thymique du médiastin antérieur provoqué par une carie pénétrante de la dent de sagesse inférieure gauche.

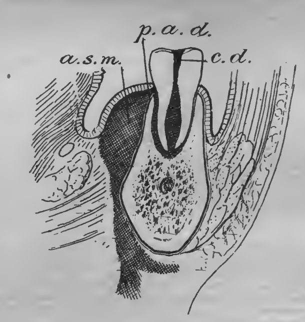
(1) SALTER (Cité par Nimier). — Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, ?, p. 603.

L'évolution complète de cet abcès s'est déroulée sous nos yeux, ce qui nous en a facilité le diagnostic, mais nous pensons que s'il s'était présenté à notre observation un certain temps après son début, nous aurions pu en méconnaître l'origine et la nature réelles.

Une femme de 33 ans présente le tableau classique d'une infection dentaire aiguë : douleurs vives et continues dans la région de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, puis gonflement inflammatoire de la région, qui devient rapidement rouge, tendue, œdématiée.

La marche progressive et rapide de l'affection amène la malade à l'hôpital, trois jours exactement après le début des accidents. La fluctuation est parfaitement nette et le trismus déjà notable. On peut cependant reconnaître que la tuméfaction envahit le sillon gingivo-lingual et qu'elle est en rapports directs avec la dernière molaire du même côté, atteinte de carie pénétrante.

Une large incision pratiquée un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure donne issue à une quantité notable d'un pus extrêmement fétide. La poche qui le contient paraît très large et occupe toute la région sus-hyoïdienne latérale (voy. fig. 1).



Légende de la figure 1.

Représentation schématique de la lésion dentaire et péridentaire observée.

c. d. foyer de carie dentaire qui a entraîné la formation de l'abcès a.s.m, sus-périostique et sous-muqueux.

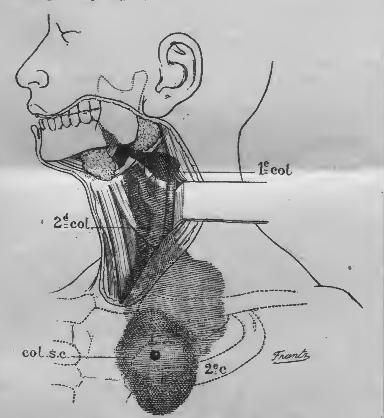
p. a. d. périoste alvéolo-dentaire

L'amélioration est immédiate, comme c'est la règle dans ces cas, sous l'influence de l'ouverture large, du drainage, des lavages et des pansements réguliers. La lésion marche vers sa réparation normale, quand, sans modifications du côté de la plaie opératoire, la malade est prise de douleurs vives et lancinantes dans les régions sus-claviculaire, sternale et mammaire gauche. La douleur irradie dans le bras du même côté, dont les gros nerfs sont affectés sur tout leur parcours d'élancements très pénibles.

En même temps, la température s'élève et subit d'assez fortes oscillations. Puis un gonflement diffus à marche rapide envahit le creux sus-claviculaire et le creux sus-sternal ainsi que le pourtour du manubrium. Très rapidement, cette tuméfaction augmente de volume, devient rouge, douloureuse et fluctuante. Il existe là un vaste abcès « en bouton de chemise », dont on refoule facilement le pus du premier espace intercostal vers les creux sus-

claviculaire et sus-sternal. Il y a de la dysphagie et de l'inégalité pupillaire.

Une large incision est pratiquée au bord droit du manubrium et donne issue à une grande quantité de pus fétide qui sourd surtout en abondance quand on appuie sur le creux sus-claviculaire. Il est facile de constater qu'il existe deux poches, l'une superficielle, sous-cutanée, présternale, et une seconde profonde qui correspond à la loge thymique (voy. fig. 2).



Légende de la figure 2.

Représentation schématique de la disposition des deux collections suppurées, du cou et du médiastin.

1re *col.* représente la 1re collection apparue dans la région sous-maxillaire, au niveau de l'espace sus-hyoïdien latéral, entre les deux glandes sous-maxillaire et parotide, au-dessus des muscles stylo-hyoïdien et gastrique.

2e *col.* représente la 2e collection, qui, partie de la région sous-maxillaire a dû fuser en dedans des muscles stylo-hyoïdien et digastrique, suivant le pharynx, l'œsophage et les vaisseaux du cou, pour atteindre le creux sus-claviculaire, le médiastin antérieur et traverser l'extrémité interne de 1er espace intercostal, pour faire enfin saillie sous la peau de la région présternale gauche où elle formait la collection col. s. c.

Cette seconde poche, la plus vaste des deux, communique avec la première au niveau du premier espace intercostal. Ce pertuis est élargi pour recevoir un gros drain.

A la suite de cette intervention une amélioration immédiate se produisit dans l'état de la malade.

Mais, et c'est ici que l'observation devient intéressante, malgré le parfait drainage de la cavité, malgré le soin apporté aux lavages et aux pansements, le pus continue à s'écouler en abondance, et, pendant un mois entier, la situation ne se modifie aucunement et la lésion ne manifeste aucune tendance à la guérison.

A ce moment, on pratique l'ablation de la molaire cariée. Dès les jours qui suivent, une amélioration rapide se produit dans l'état de la plaie : le pus diminue progressivement, et bientôt, la malade, que sa longue suppuration avait très amaigrie, peut quitter l'hôpital où elle ne revient que pour les pansements journaliers.

Quinze jours après l'extraction de la dent cariée, la guérison était complète, tant du vaste abcès que de la fistule consécutive.

Cette guérison rapide après l'intervention simple et facile que fut l'extraction de la dent, succédant à l'interminable suppuration que n'avaient pu tarir ni le débridement large, ni le drainage, ni les soins minutieux consécutifs, fut un phénomène frappant.

Il est bien évident que dans ce cas, la dent s'est comportée comme un corps étranger septique placé à l'origine d'une fistule profonde.

Dans le cas présent, la fistule s'étendait, depuis le bord inférieur de la mâchoire, jusqu'à l'extrémité interne du premier espace intercostal, en suivant vraisemblablement le bord latéral gauche de la partie inférieure du pharynx et le bord correspondant de l'œsophage et de la trachée pour aboutir à la loge thymique du médiastin antérieur.

La guérison complète, sans autre intervention qu'une extraction dentaire, d'un aussi long trajet fistuleux et de la vaste poche qui le terminait mérite d'être retenue. Ce fait souligne d'une façon très typique la différence d'évolution des abcès d'origine dentaire, selon qu'ils sont primitivement sus ou sous-périostés.

Il est de toute évidence — le volumineux gonflement du sillon gingivo-lingual observé le premier jour en était d'ailleurs une première indication — que nous avons eu affaire à un abcès sus-périosté.

Le pus a filé directement en bas, par-dessus le périoste, en respectant par conséquent le tissu osseux du maxillaire. Ceci est d'ailleurs assez exceptionnel au niveau des dents de sagesse inférieures.

Ces dents, profondément incluses dans le tissu compact du corps de l'os et à la base de la branche montante, donnent, avec une constance remarquable et presque fatale, naissance à des phénomènes d'ostéite, lorsque l'infection qui s'est développée dans leur cavité pulpaire se propage à l'extérieur.

Cette disposition exceptionnelle, mais de tous points favorable en la circonstance, d'abcès sus-périosté est également celle à qui l'on doit d'avoir vu disparaître en quelque sorte spontanément, après l'ablation de la dent, la fistule et la collection purulentes.

L'ostéite qui suit les abcès sous-périostés est autrement rebelle et les fistules qui l'accompagnent sont autrement persistantes.

Elles persistent souvent indéfiniment après l'ablation de la dent causale, alors même que cette ablation a été précoce et ne disparaissent que par l'intervention directe et le curettage du foyer d'ostéite.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'aménagement des consultations hospitalières

Dans un de nos plus grands quotidiens, un écrivain d'un mérite incontesté a bien voulu s'occuper des consultations hospitalières. Grâce à lui, le public qui ne va pas à l'hôpital se fera une idée de ce qu'est l'aménagement plus que rudimentaire de beaucoup de nos salles de consultation. Je ne prendrai pour exemple que celle de la Pitié que je connais plus que toute autre. Il n'y a là qu'une salle d'attente, commune à la médecine et à la chirurgie, mal éclairée, encore plus mal aérée ; l'hiver, les malades ferment la porte, la seule prise d'air suffisante, afin de ne

pas geler : et il se développe alors une odeur indéfinissable qui souvent fait reculer l'égrotant au cœur délicat. Dans cette salle, je devrais dire dans ce caveau inconfortable, attendent pêle-mêle, serrés les uns contre les autres, sur des bancs sans dossier, hommes, femmes, enfants, échangeant leur vermine plutôt que leurs pensées. La salle de consultation de médecine ne permet l'accès qu'à 2 ou 3 malades à la fois ; quant à la salle de ventouses, ce n'est qu'un simple couloir fermé.

Ce fut donc avec beaucoup d'empressement que j'acceptai l'invitation du très sympathique directeur de l'hôpital, impuissant à nettoyer cette moderne écurie d'Augias, d'aller visiter les bâtiments de la consultation de la nouvelle Pitié. Tout n'y est pas encore terminé ; mais on peut déjà se faire une idée très suffisante de l'installation prochaine. Après avoir laissé à gauche le superbe édifice destiné à la consultation de chirurgie, on pénètre sur une vaste terrasse, qui sera ornée de fleurs et gazons variés. Le hall de la consultation de médecine donne sur cette terrasse ; il est large et ensoleillé ; à sa partie gauche siègera le surveillant ; à droite, l'ange gardien de l'hygiène, sous les traits d'un externe, qui verra rapidement si l'impétrant est contagieux ou non. Dans le premier cas, le malade passera dans une salle spéciale, munie de compartiments séparés, où l'isolement sera facile. Dans le second cas, le consultant, suivant son sexe, se dirigera à droite ou à gauche, vers une grande pièce d'attente (je devrais dire salon) vaste, bien aérée, avec sièges confortables, chauffée à la vapeur ; quelques plantes vertes continueront à égayer le regard, tandis qu'à côté, des w-c. bien aménagés offriront une diversion aux longues heures de l'attente. De ce salon, les malades passeront par groupes de 2 ou davantage dans un vestiaire pour se débarrasser de leurs vêtements inutiles ; puis ils franchiront deux autres salles, aménagées en salles de pansement ou d'examen, pour pénétrer enfin dans la salle de consultation proprement dite, vaste et bien éclairée. De sorte que le service tout entier, non compris les cabinets réservés au chef de service, aux externes et au surveillant, comprend une salle d'isolement, deux grandes salles d'attente, deux vestiaires et cinq salles d'examen, sans compter de larges couloirs et dégagements. Nous sommes loin de l'unique salle d'examen de la vieille Pitié ! Actuellement trois externes et un infirmier assistent le chef de service ; plus tard il faudra une huitaine d'infirmiers et infirmières et autant d'externes.

Je ne me permettrai que deux critiques, mettons plutôt deux réflexions, le mot critique dépassant ma pensée. La construction, l'aménagement, puis la mise en marche et l'entretien de cette nouvelle consultation demanderont un budget considérable, et je pense aux malheureux contribuables, dont nous sommes, quand ils auront à payer la carte ; peut-être estimeront-ils que l'on passe trop brusquement de l'extrême parcimonie au confort le plus marqué. Mais laissons ce sujet, l'argent étant toujours bien placé quand il s'agit du bien de nos malades, pour envisager la seconde réflexion qui nous touche tous de plus près. Actuellement on parle beaucoup de l'admission des non-indigents aux consultations hospitalières, qui de ce fait font une concurrence aussi désastreuse qu'involontaire aux confrères du quartier. On cherche un remède à ce mal réel. Je crois qu'un des meilleurs jusqu'ici était l'aménagement inconfortable de nos salles d'attente et la promiscuité forcée avec les vagabonds et les miséreux. Mais qu'adviendra-t-il demain, si l'on donne au consultant de vastes salons d'attente, ayant tout le confort moderne, des sièges moelleux où il pourra s'isoler facilement du voisin, et attendre sans ennui son tour de passage, en lisant les nombreuses gazettes du matin que l'Administration n'oubliera certainement pas de lui donner ?

R. F.

SOCIOLOGIE

Le suicide chez les malgaches ;

par

E. JOURDRAN, Médecin-Major de 1re classe des troupes coloniales, Docteur ès sciences, de l'Université de Paris, Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine de Tananarive.

et

M. FONTOYNONT Directeur de l'Ecole de Médecine de Tananarive.

Il semblerait à priori que les religions dussent empêcher le suicide. « Un peuple logiquement athée, a dit Le Dantec, finirait « forcément par une épidémie de suicides ».

Cette affirmation d'un philosophe et d'un savant dont l'éloge n'est plus à faire cadre avec les idées du Dr Fraikin, qui s'exprime ainsi : « Dussé-je me faire traiter d'affreux réactionnaire, « j'ai encore la faiblesse de croire que les religions et c'est là ce « qui fait leur force et leur beauté avaient du bon en matière « d'éducation ; et c'est pourquoi des sceptiques, des rationalis- « tes, comme Jouffroy ou Jules Simon admiraient tant la direc- « tion fournie par les morales à base religieuse. C'est aussi l'opi- « nion de Paul Adam, écrivain fougueux, socialiste avéré, libre- « penseur et théoricien d'avant-garde ».

Les croyances religieuses, quelles qu'elles soient, semblent donc comme de fidèles vestales entretenir la flamme de l'espérance dans un au-delà meilleur et soutenir l'homme dans les luttes de la vie. L'homme a soif d'immortalité. « Non omnis moriar », tel est son vœu le plus cher, et même quand il a perdu toute croyance et que, désanchanté, il se complaît dans les tombeaux comme l'auteur de la « Mort de Philae », est-il souvent de ceux qui vont encore rechercher les émotions du Bethléem ou du Saint-Sépulcre.

Mais les idées religieuses, tout en servant souvent de soutien et de réconfort dans le « Struggle for life », chez les peuples de l'occident, peuvent chez les orientaux devenir par leur mauvaise assimilation et leur déviation l'origine de psychoses dangereuses pouvant aller jusqu'au suicide.

Il y a, si nous pouvons en un pareil sujet employer des termes de physiologie et de pathologie, « indigestion de civilisation et « formation de toxines pour le système nerveux ». Le désespoir et le désenchantement peuvent aller jusqu'au suicide.

La pathologie mentale ne saurait échapper aux lois générales de pathologie qui régissent l'espèce humaine en particulier et toutes les espèces animales en général.

De même que nous savons certaines affections organiques échapper à certains peuples ; de même que nous voyons le malgache indemne, par exemple, du tabès et d'appendicite ; de même que nous voyons la race blanche décimée par la fièvre typhoïde et les affections intestinales, alors que les nègres et les jaunes y sont à peine sensibles ; de même, nous voyons les causes de suicide varier suivant les races.

Le but de ce travail est de montrer la raison d'être de la majorité des suicides d'ailleurs relativement très rares chez les malgaches et d'ajouter ainsi une légère contribution à l'étude des psychoses suivant les races et les religions.

Une seule des observations qui suivront est très complète, et est un véritable document scientifique, un cas remarquable de lypémanie. Les autres, que nous n'avons pas pu étudier nous-

mêmes de près, sont incomplètes, mais n'en constituent pas moins des indices précieux pour montrer le rôle que jouent chez les peuples primitifs et entrés trop tôt au contact d'une civilisation intense, les idées religieuses et l'instruction mal digérée. Ces cerveaux encore trop primitifs sont incapables, sauf quelques exceptions, dc s'assimiler nos théories et nos idées. Le résultat presque fatal en est ou bien la non absorption ou bien le « détraquement ».

Triste floraison de la civilisation, le suicide fréquent en Europe reconnaît pour causes habituelles : l'alcoolisme, la folie amoureuse ou le désespoir chez des individus mal armés pour la lutte et qui succombent sous les revers de fortune ; la misère, le paupérisme et les maladies incurables étant aussi parmi les facteurs les plus fréquents du suicide chez les occidentaux.

Certains peuples orientaux voient dans le suicide le moyen le plus efficace pour se venger d'un ennemi.

Ainsi, en Chine, la façon la plus sûre de créer des ennuis à son ennemi et d'en tirer vengeance, c'est de se pendre à sa porte comme nous l'apprend Matignon dans son remarquable ouvrage sur les « Crimes, misères et superstitions en Chine ».

A Madagascar, le suicide était rare avant la conquête. On n'en faisait guère mention que dans les légendes. « Deux jeunes amou- « reux ne pouvant se marier à cause des difficultés rencontrées du « côté de leurs parents se suicident ensemble en se jetant dans un « lac, et aussitôt à l'endroit où ils ont disparu, poussent deux ar- « bres vigoureusement enlacés qui se voient encore sur le lac « Tritrive ».

Depuis la conquête ce crime est devenu moins rare, bien que constituant encore une véritable exception.

Pourquoi se suicider, en effet, dans un pays où la vie est facile et douce, où l'amoureux peut très facilement s'unir à celle qu'il aime, où les femmes, comme au Japon, sont un « éternel sourire », où le tempérament de la race met l'individu à l'abri de cette nervosité et de cette désespérance qui surviennent chez nous dans les maladies réputées incurables (cancer, névralgies, rebelles), etc. « Mamy ny aina », littéralement : la vie est sucrée, tel est un des proverbes malgaches.

D'ailleurs, le Malgache a toujours foi dans le médicament le « fanafody », surtout dans celui qui se boit.

Le Malgache est profondément religieux, mais c'est une sorte de religiosité naturelle. Il croit au « Zanahary » (1), qu'il soit protestant, catholique ou musulman ou d'une toute autre secte ; bien incapable généralement de concevoir les dogmes à lui enseignés.

Les chants religieux ont sur ce peuple, qui possède un sens exquis de l'harmonie et de la musique, une influence indubitable. De longues heures, le Malgache restera au temple ou à l'église chantant d'interminables psaumes ou des cantiques dont il compose lui-même la musique. « Les oratorio du christmas » sont pour lui le plus délicieux des concerts.

Les mpihira et les mpilalao savent, par leurs mélopées, tenir les foules sous le charme de leurs accords pendant des journées entières, même sous la pluie.

Il est compréhensible que chez ce peuple qui trouve dans son pays de tels éléments de bonheur, le suicide soit rare.

Il a fallu la déviation du sens religieux et la mauvaise assimilation de notre enseignement pour entraîner le naufrage de l'intelligence et de la volonté. Ajoutons à cela le délire d'action d'origine palustre dont les manifestations sont encore trop fréquentes malgré les progrès croissants de l'hygiène et qui a été bien étudié par Régis, Ponty et Boinet, par suite du développement de l'assistance médicale indigène, et nous nous rendrons compte pourquoi il produit quelques cas de suicide et pourquoi ces cas augmentent d'année en année.

D'ailleurs, sous le ciel inexorablement bleu, pendant de longs mois de l'année, jetant des flots de lumière sur des collines se prolongeant à l'infini comme les vagues d'une mer mouvementée ; au milieu de cette population habillée de blanc marchant nu pieds et sans bruit, à côté des tombeaux, comme de vagues apparitions, dans ce décor toujours semblable, la tristesse envahit facilement le cœur de l'habitant de ces régions souvent désertiques.

A plus forte raison, le Hova ayant un vernis de civilisation, cultivé par des études intensives, peut-être un peu au-dessus de ses forces, bourré d'une théologie superficielle et mal digérée, verra-t-il quelquefois sa raison sombrer, sa volonté défaillir et l'entraîner aux hallucinations dangereuses avec idées de suicide. Isolé, déraciné de son Imerina, il partira à regret dans la brousse pour rejoindre le poste qui lui aura été assigné, surtout si sa femme n'a pas voulu le suivre. La fierté du conquérant et du dominateur qu'il a toujours été avant l'occupation française l'isolera et l'empêchera souvent de frayer avec la population au milieu de laquelle il est appelé à vivre. Qu'il survienne quelque ennui, quelques nuages dans son intérieur, il se trouvera promptement désemparé. Ajoutez à cela l'éternel malentendu entre lui et l'européen, si bien mis en lumière par Jean Carol dans son livre « Au pays rouge » et voilà un être qui ne sera plus qu'une loque humaine sans énergie et sans volonté, chez qui les psychoses trouveront un terrain tout préparé. N'est-ce pas le tableau fourni par l'observation de Raobelina, ce médecin indigène atteint de lypémanie, qui se tue d'un coup de fusil dans la tête ?

Ce jeune homme avait passé sur les bancs de l'Ecole de Médecine de Tananarive pendant 5 ans, sans faire grand bruit. D'un caractère doux et timide, nature impressionnable pour laquelle l'isolement de la ligne d'étapes pendant de longues années semble avoir été fatal.

D'autres causes secondaires en dehors de cette érudition religieuse mal assimilée et de cette demi-science contribuent encore à l'évolution des psychoses, ce sont les abus vénériens auxquels se livrent toujours les jeunes Hovas, l'abus du tabac, du chanvre ou de l'alcool, causes secondaires, incapables à elles seules de produire la psychose, mais capables de donner le dernier coup à l'édifice chancelant. Alors ce sera l'épuisement nerveux et la névrose installée.

Voyons un peu l'influence de l'idée religieuse mal assimilée qui hante les derniers jours du médecin indigène Raobelina. « *J'ai « blasphémé Dieu et son royaume. Aussi je t'en demande pardon O « mon Dieu et ceux sur la terre à qui j'ai fait ce mal à cause de mon « irréflexion. C'est dans une sorte d'ivresse que je me suicide et dans « cet état seulement que j'en ai eu l'idée. Demain, c'est la fête de « l'Assomption. Qu'elle (Marie) m'accompagne tout mauvais que je « sois* » et plus loin : « *Dieu me fait peur* ».

Voici d'ailleurs l'observation détaillée et la traduction de la lettre laissée par ce médecin indigène de colonisation avant sa mort.

Je soussigné Raobelina Martin, je me suicide et le fais avec mon fusil. Ce n'est qu'à la suite de ce qui vient de se produire depuis cette dernière quinzaine, telle une apparition qui se serait complètement manifestée, faits qui, cependant, existaient bien avant, c'est-à dire depuis que mon esprit a le pouvoir du souvenir, que je viens de me rendre compte que mon être est la cause des évènements survenus depuis 24 ou 25 jours.

Mais aujourd'hui, je vois que je ne suis nullement un être humain depuis longtemps, vraiment une bête, une bête bien au-dessous de la bête et me tuer est ce que je dois faire.

Je suis une bête ayant pris la forme humaine et je me demande si je ne suis pas le serpent qui trompa autrefois Adam et Eve.

Un sage a dit : Lorsque tout est pour le mieux dans la famille, il s'ensuit un bien pour le Faujakana (gouvernement). Et cependant, il n'en a pas été ainsi en ce qui me concerne à cause de mon ignorance. Si j'avais pu le savoir même au moment de la plus aiguë des douleurs, j'aurais depuis longtemps demandé pardon et porté le vêtement de deuil ; mais aujourd'hui, c'est caché à ma vue. (Et cependant cela n'est pas caché, mais, au contraire très apparent). Je préfère la mort à la vie. Je fais mes adieux et remercie ceux qui ont la direction de ce pays, car j'ai mal parlé d'eux et de tous ceux qui ont quelque autorité. J'ai même blasphémé Dieu et son royaume. Aussi je t'en demande pardon, ô mon Dieu, et à ceux sur la terre à qui j'ai fait ce mal à cause de mon irréflexion, mon indignité et de l'ignorance de mon esprit.

Bie n que je meure, le Faujakana est là et sait ce qu'il doit faire de mes biens si je puis dire qu'ils sont à moi.

Cependant, je demande que ceux qui m'ont fait du bien et qui ont fait tout leur possible pour me rendre meilleur puissent obtenir s'ils le désirent ce que je laisse. Et surtout Ravary qui a supporté toute ma méchanceté.

Le médecin de Colonisation,

Signé : Raobelina.

(1) L'être suprême, sans que cet être soit bien défini.

Ce qui m'a conduit à me suicider maintenant c'est que tout le monde paraît s'être levé contre moi comme ennemi, bien que rien ne puisse me faire connaître ou savoir le malheur qui doit en arriver, aussi bien les personnes que j'aime et en qui j'ai confiance comme mes parents, ma femme et surtout ceux qui m'entourent. On dirait que ce qu'ils font me conduit à subir ce que se propose l'autorité (vis-à-vis de moi).

Depuis 12 à 15 jours, j'ai été assailli de cauchemars dans lesquels j'ai eu des visions. On dirait que mon esprit parle à mon cœur et qu'il me tend la main en disant : je ne te tuerai pas.

Par conséquent, moi seul qui suis méchant je détruirai mon corps vil et mon âme.

C'est à cause de mon égoïsme excessif que j'ai fait le mal énorme.

Grâce à l'autorité et à tous ceux qui y collaborent, de la patience qu'ils ont montrée depuis longtemps à mon égard, au général Galliéni et sa famille, les officiers et chefs de service divers.

Et aussi aux serviteurs de Dieu qui ne diffèrent pas des autres, pas même de ceux qui ont le pouvoir sur la terre.

Signé : RAOBELINA.

Je demande surtout que le Faujakana ne fasse pas de petites misères à ceux qui se sont trouvés près de moi durant toute mon existence. Personne d'entre eux ne m'a rien dit de tout cela ; mais du moment qu'ils m'ont oublié, il m'a semblé par là les connaître (connaître ce qu'ils valent).

Je dis cela, parce que j'ai le pressentiment qu'ils seront frappés bien qu'ils aient fait leur possible pour aider l'autorité dans cette affaire.

Cela est vrai (bien que je sois mauvais), ils sont bien mes ennemis.

Et cependant si l'on examine bien, ce ne sont pas mes ennemis, c'est moi qui suis le leur.

Mes biens, mon testament en ce qui les concerne :

1° Neuf cents francs entre les mains de mes père et mère sont pour eux à titre de « Valim- babena ».

2° Cent francs entre la main de ma sœur Razovelo sont pour elle à titre de récompense pour le bien qu'elle et son mari m'ont fait.

3° Une malle en fer rouge sur laquelle se trouve mon nom, des serviettes, carafes, couvertures, etc., qui se trouvent à Tananarive. C'est pour Raketamavo, ma sœur, à titre de récompense pour le bien qu'elle et son mari m'ont fait.

4° Rajaobelina, mon frère aîné à qui j'ai donné cinq cents francs étant vivant, à titre de « Valim-babena », car il avait une dette.

5° Mes livres, qu'on les dépose dans un musée pour que le Faujakana en fasse ce qu'il voudra, car maintenant, il me semble savoir ce qu'ils sont.

6° Mes vêtements. Que le Faujakana en dispose à son gré.

7° En ce qui concerne les objets qui sont dans la maison où je me suicide, donnez-les à Ravary et même les malles si c'est possible.

8° En ce qui concerne les ustensiles de cuisine, etc., donnez-les à Zafindrakoto et donnez les assiettes à Ravary.

9° L'argent qui reste dans ma valise, partagez-le par moitié entre Ravary et Zafindrakoto. Je me trompe la moitié sera partagée entre Ravary et Zafindrakoto, l'autre moitié sera partagée entre les malheureux et les faibles des chantiers du chemin de fer 1er et 5e lots.

10° Je remercie vivement toutes les personnes qui ont travaillé avec moi. Je n'ai rien à leur reprocher, mais je ne puis rien leur laisser de mes biens.

11° Que ce soit votre volonté qui soit faite et non la mienne, mon Général, vous qui avez eu de la patience à mon égard. Ce que je vous demande surtout c'est que le capitaine Siffray se trouve heureux avec vous, car il a été comme mon père et ma mère comme vous l'avez été aussi.

Post scriptum. — (Première page à l'encre noire). Le motif le plus sérieux de mon suicide consiste dans le diplôme que le Faujakana m'a invité à rendre, que je n'ai pas rendu, parce que j'étais en retard, dans la permission du port du fusil que je n'ai pas rendu et au sujet de laquelle, j'ai entendu des bruits qui ne sont pas officiels.

J'accepte en bloc tout ce qui m'arrive et dont le total représente une grave faute devant le Faujakana (1) devant les hommes et surtout devant Dieu.

Cependant la plupart de ces choses ont été arrangées pour me rendre coupable. Malgré cela le total c'est : ma méchanceté, mon ignoraance, mon irréflexion ; (au crayon bleu). Adieu, mon cher capitaine et lieutenant, etc., et leurs collaborateurs. *Signé* : RAOBELINA.

(1) Le gouvernement.

Sur la deuxième page (au crayon bleu) :

Dieu me fait peur, car Rainikoto, Rainisoarimanana et son épouse m'ont fait du bien et je n'ai répondu que par l'ingratitude.

Signé : ROABELINA.

Adieu, vivez longtemps qu'il n'y ait plus de gens qui fassent semblant de m'aimer comme il y en a eu.

Signé : RAOBELINA.

Sur la 3e page (au crayon bleu).

Il y a beaucoup d'insensés sur la terre, mais je suis le plus grand.
La folie est dans ma tête et c'est là que je me tue.
Je pense que personne ne s'attendait à ce que je me tue.

Signé : RAOBELINA.

Adieu chère Ravary

Sur la 4e page (à l'encre noire).

Je suis méchant, je suis méchant, je suis méchant. Que votre volonté seule, mon Général, soit faite et non la mienne.

Je m'étais proposé de m'améliorer, mais je me suis au contraire avili. En me suicidant, il me semble que je vous déshonore.

Pardonnez mes fautes, mon Général, c'est dans une sorte d'ivresse que je me suicide et dans cet état seulement que j'en ai eu l'idée.

Demain, c'est la fête de l'Assomption.

Qu'elle (que Marie) m'accompagne tout mauvais que je sois.

Adieu ! ô adieu, mon cher Général et sa famille, officiers, administrateurs, etc.

Signé : RAOBELINA.

En disséquant, un peu cette observation, nous trouvons chez Raobelina un mélange de délire religieux, de folie mystique, associés au délire de la persécution. .

Il croit être le serpent qui trompa Adam et Eve.

Il demande pardon à Dieu dont il a blasphémé le royaume.

Il prie la vierge de l'Assomption de l'accompagner.

A côté de cette folie mystique, il y a la folie de la persécution.

Raobelina se croit persécuté parce qu'on lui a réclamé le port de son fusil et parce qu'on a voulu retirer momentanément son diplôme retrait nécessaire pour le légaliser.

Il croit qu'on veut lui retirer ce diplôme. Déplorable malentendu entre le français et le malgache.

Peut-être, y a-t-il eu, chez Raobelina, l'influence de l'alcool.

Il a des hallucinations terrifiantes.

Il a aussi assisté, sans doute, à des actes d'injustice et son sens inné, comme chez tout Malgache, du juste et de l'injuste, se révolte.

Il ne veut pas qu'on fasse de petites misères à ceux qui se sont trouvés près de lui.

Raobelina se sentait aussi peut-être devenir persécuteur après avoir été persécuté.

— « Si l'on examine bien, dit-il, ce ne sont pas mes ennemis, mais c'est moi qui suis le leur ».

Dans son testament, une chose nous étonne de la part d'un Malgache, en général très peu altruiste, ne pensant guère aux pauvres. Il veut qu'on remette une partie de son argent aux malheureux du chemin de fer.

Le cabotinage n'est pas non plus étranger aux idées de Raobelina.

« Je pense, écrit-il, avant de mourir, que personne ne s'attendait à ce que je me tue ». Enfin, remarquons en passant le prestige du Général Galliéni aux yeux des Malgaches. Son nom revient à chaque instant au cours de cette observation.

(*A suivre.*)



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1909.

Méningococcémie sans méningite cérébrospinale. — M. ***Netter*** relate l'observation d'une fillette de 6 ans, dont la sœur, deux jours auparavant, était entrée dans son service pour une méningite cérébro-spinale suppurée. Cette fillette présentait une affection fébrile avec douleurs articulaires, adynamie, érythème en cocarde, purpura, hémorragies buccales et intestinales. La recherche du méningocoque céphalo-rachidien fut négative ; mais le sérum sanguin donnait une agglutination très marquée (1 p. 400). Enfin deux injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique amenèrent une guérison rapide.

Ainsi donc, il existe une méningococcémie sans méningite. Quatre autres cas en sont d'ailleurs déjà connus : ceux de Salomon, d'Andrews, de Liebermeister, de Bowaird.

M. ***Netter*** revient ensuite sur la question de l'efficacité du sérum antiméningococcique. Il continue à se louer des résultats qu'il en obtient. Sa statistique porte actuellement sur 68 cas, avec 16 décès, dont 8 se rapportant à des moribonds.

Sténose pylorique due à un lobule pancréatique aberrant. — MM. Paul ***Reynier*** et ***Masson*** présentent l'observation d'un homme de 38 ans qui présentait tous les symptômes d'une sténose pylorique au début. La laparotomie fit découvrir au niveau du pylore une tumeur du volume d'un gros pois, pour laquelle on fit une résection du pylore.

L'examen montra que la tumeur était constituée par un lobule aberrant du pancréas.

Elections. — MM. ***Hansen*** (de Bergen) et ***Morisani*** (de Naples) sont nommés membres associés étrangers. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 juillet.

L'analyse chimique des crachats au point de vue du diagnostic de la tuberculose. — MM. ***Roger*** et ***Lévi-Valensi.*** — Il résulte des recherches des auteurs que les crachats tuberculeux contiennent toujours de l'albumine (précipitation par le ferrocyanure de potassium). En se rappelant que l'albumine peut se trouver dans des crachats de malades atteints d'œdème pulmonaire, de bronchite albuminurique, de congestion pulmonaire aiguë, de pneumonie et de bronchopneumonie, la présence ou l'absence d'albumine peut rendre de grands services pour diagnostiquer la nature d'une affection pulmonaire. Lorsqu'on ne trouve pas d'albumine dans les crachats, on peut à coup sûr écarter la bacillose ; la présence de l'albumine fera penser aux affections déjà nommées et à la tuberculose.

Fistule broncho-biliaire au cours d'une syphilis sclérogommeuse du foie et du poumon. — MM. ***Bruhl*** et ***Lyon-Caen.*** — Une femme, 33 ans, syphilitique depuis 14 ans, est atteinte d'hépatomégalie considérable, d'ictère par rétention ; on constate chez elle des signes pulmonaires de bacillose ; après une vomique biliaire, elle expectore des crachats mucopurulents, imprégnés de bile jaune-ocre ou verdâtre ; il existe de l'ascite et une circulation collatérale, des signes à la base et au sommet du poumon droit. Quelle est la cause de l'expectoration biliaire : lithiase ou kyste hydatique ? La radioscopie permet de pencher plutôt en faveur d'un kyste, malgré l'absence de la réaction de Weinberg. La laparotomie ne put pas éclairer de diagnostic. Cachexie et mort. Autopsie : syphilis sclérogommeuse avec gomme volumineuse de la face convexe formant le plancher d'une cavité sous-phrénique imprégnée de bile et communiquant avec le poumon droit atrophié et scléreux. En résumé ; syphilis hépatique avec gomme ayant ulcéré d'abord un canal biliaire, puis le diaphragme en créant une fistule bronchobiliaire à travers le tissu pulmonaire également envahi par la sclérose.

Processus histologique de la régression des cancers épithéliaux sous l'influence du rayonnement ultrapénétrant du radium. — MM. ***Dominici*** et ***Rubens-Duval*** exposent les modifications subies par les tumeurs malignes sous l'influence du radium.

Deux modifications essentielles ont lieu : d'une part, destruction d'une partie des cellules épithéliomateuses, de l'autre, arrêt de l'évolution cancéreuse de ce qui reste des éléments néoplasiques.

La destruction est directe ou indirecte, soit qu'il y ait nécrobiose des cellules cancéreuses sans modifications préalables des éléments, soit qu'il y ait transformation prédégénérative des cellules. Le radium paraît donc agir à la façon d'un caustique très subtil produisant des escharres cellulaires immédiates ou une transformation lente telles qu'elles entraînent la mort de la cellule ; il peut aussi arrêter la transformation cancéreuse des cellules et leur restituer la tendance à l'évolution régulière.

Ictère par rétention, pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. ***Mosny*** et ***Javal*** rapportent l'observation du malade : sarcomatose diffuse. ictère par rétention. Autopsie : infiltration sarcomateuse complète de la vésicule biliaire. La ponction rachidienne faite *intra vitam* a donné un liquide coloré en jaune avec réactions de Gmelin et de Grimbert positives. Les observations de ce genre sont rares. Il faut, pour expliquer la perméabilité de la D. M. aux pigments biliaires, admettre qu'elle fut facilitée par une plaque d'infiltration sarcomateuse au niveau de la méninge constatée d'ailleurs à l'autopsie. Les auteurs proposent une méthode calorimétrique pour constater la présence de la bile dans des liquides teintés en jaune, même lorsque les procédés chimiques ne permettent plus de déceler cette petite quantité.

Phlegmon de l'orbite au cours de la scarlatine. — MM. ***Teissier*** et ***Duvoir*** rapportent cette observation : complication exceptionnelle due au streptocoque par septicémie ou par infection de voisinage, plus particulièrement d'une lésion des sinus de la face.

Pneumococcie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de 13 mois. — MM. ***Ménétrier*** et ***Nollet*** rapportent le cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1909.

L'extirpation des anévrysmes poplités. — M. ***Delbet.*** — A propos de la présentation de malade que j'ai récemment faite à la Société de chirurgie, j'ai reçu de M. Ferron (de Laval) deux observations concernant des anévrysmes de l'artère poplitée traités avec succès par l'extirpation.

Chez l'un des malades il s'agit d'un anévrysme à *type supérieur*, chez l'autre d'un anévrysme à *type inférieur*. Dans ce dernier cas, la ligature inférieure a porté sur le tronc tibio-péronier, et, fait important, il n'y a pas eu de gangrène. Il est vrai que chez ce malade l'anévrysme n'était pas animé de battements. On a dit que dans ces cas l'ablation devenait inutile. Je ne suis pas de cet avis, car ces *anévrysmes morts* peuvent augmenter de volume, amener de la gêne, de la douleur, des compressions et des paralysies. Ils peuvent se compliquer de thrombose, d'infection.

On avait constaté chez ces malades que la tibiale postérieure ne battait plus, condition favorable au point de vue du pronostic opératoire. J'ajouterai que l'un des malades avait une paralysie complète du sciatique poplité externe, laquelle a disparu après l'opération.

M. ***Morestin.*** — M. Venot (de Bordeaux) nous a communiqué une observation analogue. Il s'agissait d'un anévrysme fusiforme qui remplissait le creux poplité. Cet anévrysme avait été préalablement traité par des injections de gélatine. Celles-ci eurent pour effet de durcir la poche et d'arrêter les pulsations de la tibiale postérieure. Les battements de la pédieuse furent aussi diminués. L'extirpation de la poche fut alors pratiquée. Au cours de l'opération, la veine ayant été déchirée par suite de son adhérence au sac, M. Venot la répara à l'aide d'une bandelette taillée dans la paroi anévrysmale. La guérison a été parfaite.

M. ***Quénu*** fait observer qu'il est superflu de se donner tant de mal pour conserver la veine poplitée déchirée, car sa ligature est sans inconvénient.

M. ***Delbet.*** — Je considère les injections de gélatine comme pouvant être dangereuses. Outre les cas de tétanos qu'on a pu

leur attribuer, elles peuvent, ainsi que je l'ai une fois constaté, faire augmenter rapidement le volume de l'anévrysme et en amener la rupture. Dans le cas que j'ai pu observer, j'ai dû proposer l'amputation qui fut d'ailleurs refusée.

M. ***Reynier***. — J'ai, dans 4 cas, traité des anévrysmes par les injections de gélatine et je n'ai jamais observé d'accidents. Aussi suis-je tenté de croire que dans le cas de M. Delbet il s'agit d'une malheureuse coïncidence. Quant aux tétanos observés à la suite de ces injections, on les peut éviter en n'employant que de la gélatine bien et aseptiquement préparée.

M. ***Tuffier***. — Je considère ces injections comme un procédé aveugle, car nous ne savons pas quelle est la quantité à employer suivant les cas ni jusqu'à quel degré elles poussent la coagulation du sang. On peut d'ailleurs en dire autant du calcium, également préconisé comme hémostatique.

M. ***Morestin***.—Dans le cas de M. Vénot ces injections semblent voir été utiles. Quant à leurs dangers, M. Lancereaux qui les a souvent employées ne les a point signalés, ce qui laisse à penser qu'il ne les a point observés.

Résultats éloignés des interventions sur le spina bifida. — M. ***Potherat***. —A propos de la présentation récente de M. Walther, je vous rappelle que j'ai présenté il y a quelques années à la Société de chirurgie une petite fille que j'avais opérée d'un spina bifida. Il s'agissait d'une méningocèle. Mon opérée a maintenant 8 ans, se porte très bien et ne présente aucun trouble nerveux. J'ajoute qu'elle n'a jamais eu d'hydrocéphalie, laquelle existait certainement chez le malade de M. Walther et à laquelle il faut attribuer les troubles sphinctériens qu'il a présentés.

J'ai également opéré il y a 3 ans, à l'âge de 3 jours, un enfant atteint de spina bifida cervical. Il a guéri de son opération mais il était hydrocéphale et présente actuellement des troubles nerveux très nets.

Traitement des luxations acromio-claviculaires. — M. ***Delbet***. — Les recherches que j'ai entreprises en collaboration avec M. Mocquot nous ont conduit aux conclusions suivantes sur les luxations acromio-claviculaires :

Il en existe 2 variétés : les *luxations vraies*, qu'il vaudrait mieux nommer *luxations sous-claviculaires de l'omoplate* et dans lesquelles l'acromion passe sous la clavicule dans les mouvements du bras en avant, et les *subluxations*, bien plus fréquentes, dans lesquelles il y a seulement un léger déplacement de la clavicule au-dessus de l'acromion. Ici les ligaments coraco-claviculaires sont conservés ; aussi les fonctions du membre sont-elles peu gênées et la guérison se fait presque sans traitement.

Dans les luxations vraies, au contraire, les ligaments coraco-claviculaires sont rompus et il en résulte des troubles fonctionnels accusés. La réduction est facile, mais il en est autrement de la contention. On a tenté la suture de l'extrémité interne de la clavicule et de l'acromion. Mais cette suture gêne les mouvements du membre. J'ai aussi essayé sans succès l'enchevillement coraco-claviculaire. J'ai alors tenté de remplacer les ligaments coraco-claviculaires rompus par des ligaments artificiels : fils métalliques ou grosses soies.

Les résultats de cette syndesmopexie coraco-claviculaire ont été bons dans un cas. Mais les fils d'argent se sont vite rompus. La grosse soie au contraire résiste parfaitement.

Malheureusement, le blessé une fois sorti de l'hôpital a été perdu de vue si bien que je n'ai pu savoir ce qu'il était devenu.

Les ligaments artificiels doivent être passés à travers le périoste des extrémités osseuses de façon à ce qu'ils aient la même direction que les ligaments normaux.

M. ***Reynier***. — Dès 1878, j'ai indiqué qu'il était bon dans ces luxations de suturer la clavicule à l'acromion, et j'ai obtenu par ce procédé des résultats satisfaisants.

M. ***Tuffier***. — J'ai abandonné les sutures métalliques, car les résultats qu'elles donnent sont médiocres et j'emploie de préférence pour rapprocher les os des grosses soies qui laissent à la clavicule et à l'acromion une certaine mobilité. Dans ces conditions le résultat fonctionnel est bon.

Ostéome du droit antérieur de la cuisse. — M. ***Picqué***. — M. Tassin nous a fait parvenir l'observation d'un jeune soldat qui, à la suite d'une marche forcée, ressentit des douleurs dans la cuisse droite. A ce niveau se développait bientôt une tumeur dure et gênante. Cette tumeur présentait les caractères d'une tumeur osseuse. L'ablation en fut pratiquée et montra qu'il s'agissait en effet d'un ostéome de 25 cm. de long siégeant dans l'épaisseur du muscle droit antérieur.

La formation de ces ostéomes intra-musculaires a été diversement expliquée. Il semble que dans le cas qui nous occupe, la théorie de la myosite ossifiante traumatique rendrait mieux compte des faits que celle de l'arrachement périosté.

M. ***Reynier*** fait remarquer que certains ostéomes paraissent se développer grâce à l'évolution de cellules embryonnaires siégeant dans les tendons.

Un nouvel autoclave. — M. ***Quénu*** présente un nouvel autoclave permettant de stériliser les instruments par la vapeur de 130 à 140° sans crainte de les altérer.

Présentations de malades. — M. ***Doyen*** présente une femme de 51 ans opérée par lui d'un goitre exophtalmique. La thyroïdectomie partielle a été suivie de guérison rapide.

M. ***Potherat*** présente un malade atteint d'une tumeur maligne du crâne récidivée malgré de multiples opérations.

M. ***R. Picqué*** présente une malade atteinte de sacro-coxalgie et guérie par la résection.

Séance du 27 juillet 1909.

Cure radicale des anus contre nature. — M. ***Reynier*** présente un rapport sur une communication antérieure faite à la Société par M. Savariaud, concernant une techique destinée à obtenir la guérison des anus contre nature. Le procédé n'est pas nouveau puisqu'il a déjà été appliqué par Biondi (de Vienne), par Jeannel (de Toulouse) et même par Nélaton le père. Il consiste à écraser l'éperon à l'entérotome, puis à circonscrire l'orifice cutané par une incision circulaire passant à 2 ou 3 centimètres de la zone cicatricielle. On dissèque le lambeau cutané et on isole avec soin l'anse intestinale de la paroi de façon à la mobiliser sans ouvrir le péritoine. On suture alors les lambeaux cutanés en rabattant leur face épidermique vers la lumière de l'intestin et on invagine et enfouit le tout sous un autre plan de suture comprenant le tissu cellulaire sous-péritonéal. On referme ensuite la paroi par 3 plans. M. Savariaud a employé 2 fois ce procédé contre des anus d'origine chirurgicale et en a obtenu les meilleurs résultats.

M. ***Tuffier***. — Ce procédé me paraît devoir être abandonné, car c'est un retour en arrière. Nous n'avons pas à craindre maintenant, comme autrefois, l'ouverture du péritoine. Lorsque nous sommes en présence d'un anus artificiel que nous voulons fermer, il nous paraît plus simple de pratiquer la laparotomie à quelque distance de l'anus, d'examiner la région malade, de libérer l'anse intestinale, de réséquer la portion fistuleuse ou l'anse tout entière et de rétablir la continuité du tube digestif par une suture en tissu sain. Si les précautions sont bien prises et l'opération bien menée, on aura, par cette manière de faire, des résultats parfaits.

M. ***Picqué***. — Je suis de l'avis de M. Tuffier et c'est ainsi que j'agis, surtout dans les anus créés en un seul temps. Si l'anus a été fait en deux temps, peut-être pourrait-on discuter la question des anastomoses.

MM. ***Broca*** et ***Potherat*** font toujours la laparotomie et ce procédé leur semble parfait.

M. ***Morestin***. — Je suis absolument convaincu de la supériorité de la laparotomie qui permet en outre d'examiner l'intestin, de redresser des courbures s'il en est besoin. Aussi le procédé recommandé par M. Savariaud ne me semble-t-il applicable que dans des cas exceptionnels, par exemple dans la cure des fistules consécutives à l'extirpation du rectum par l'opération de Kraske (voie sacrée).

M. ***Reynier***. — Le procédé de M. Savariaud a l'avantage de ne point ouvrir le péritoine. La laparotomie peut faire courir des dangers dans certains cas et il vaut mieux parfois l'éviter et recourir à cette méthode capable de donner des succès.

Calcul de l'uretère chez un enfant. — MM. ***Estor*** et ***Jeanbrau*** font une communication sur un enfant de 11 ans auquel ils ont enlevé un calcul de l'uretère pelvien révélé par la radiographie,

par une urétéro-lithotomie extra-péritonéale. L'uretère a été suturé par catgut et la réunion s'est faite par première intention.

Kystes hydatiques de la rate. — M. ***Jacob*** communique 3 observations de kyste hydatique de la rate avec réaction de fixation du complément positive.

Présentations de malades. — M. ***Routier*** présente 2 malades atteints de fractures de jambe traités par l'appareil de marche de Delbet.

M. ***Potherat*** présente 1° Un homme atteint de luxation du grand os avec fracture du scaphoïde ;

2° Un homme de 32 ans qui, à la suite d'une appendicectomie eut par 3 fois des accidents d'occlusion nécessitant la laparotomie. La 3e fois, le 7 juillet dernier, M. Potherat trouva une bride qu'il sectionna et le malade guérit ;

3° Un jeune homme auquel M. Wiart a fait une splénectomie pour rupture traumatique de la rate, il y a 5 semaines. Guérison.

M. ***R. Picqué*** présente une malade atteinte de *luxation acromio-claviculaire totale*. MM. Delbet, Broca, Demoulin, sont d'avis qu'il s'agit plutôt d'une fracture de l'extrémité externe de la clavicule.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 19 juillet 1909. Présidence de M. Magnan.

Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile. Présentation de malade. — MM. ***Marcel Briand*** et ***Brissot*** présentent une jeune fille de 19 ans, primitivement arriérée au point de vue intellectuel et peut être atteinte de syphilis (héréditaire ou acquise) chez laquelle se rencontre très nettement le syndrome paralytique complet : inégalité pupillaire avec mydriase et abolition des réflexes lumineux et accommodateur; trémulation fibrillaire de la langue et des lèvres, avec hésitation de la parole, disparition des réflexes rotuliens. Faiblesse musculaire généralisée. L'affaiblissement de l'ensemble des facultés psychiques est très marqué. Toute lésion diffuse du cerveau pouvant se manifester par le syndrome paralytique, une question intéressante se pose au sujet de cette malade : s'agit-il d'une paralysie générale vraie, d'une encéphalopathie syphilitique ou de toute autre lésion diffuse ?

M. ***Pactet.*** — La présomption de syphilis me paraît établie sur des bases bien fragiles. Et puis est-il absolument nécessaire d'être syphilitique pour être paralytique général ?

Je sais bien que la tendance dominante du jour voudrait faire considérer la syphilis comme indispensable au développement de la paralysie générale. Mais une opinion aussi absolue ne me paraît pas être d'accord avec les faits impartialement observés.

Confusion mentale par suite de tuberculose iléo-cæcale. Guérison par intervention chirurgicale. Présentation de malade. — MM. ***Leroy*** et ***Picqué*** présentent une malade de 30 ans opérée en 1902 pour ganglions tuberculeux suppurés du pli de l'aine, qui fit à la fin de l'année 1908 un état de confusion mentale hallucinatoire.

Elle reste pendant 4 mois complètement désorientée, désordonnée avec une loquacité pseudo-démentielle et des hallucinations surtout visuelles. Elle ne reconnaît personne, ne prononce aucune parole raisonnable. Au point de vue physique, on ne constate chez cette femme qu'un état de maigreur, teint terreux, pas de fièvre, rien dans les urines. Un examen physique très complet ne donne aucune indication.

Au mois d'avril 1909 s'ouvre spontanément une ancienne cicatrice de l'aine gauche qui donne naissance à du pus et à des matières fécales. La malade est transférée au pavillon de Ste-Anne où on l'opère d'un foyer de tuberculose iléo-cæcale (iléo-sigmoïdostomie). Trois jours après, la malade commence à se rendre compte du milieu où elle se trouve, recouvre sa lucidité et raconte tout ce qui s'est passé pendant son délire. Elle se croyait à la tête d'une armée en campagne et n'avait nulle conscience de se trouver dans un asile. La guérison est complète depuis l'intervention chirurgicale qui a supprimé le foyer infectieux, cause de ce délire onirique.

M. ***Picqué.*** — Chez la malade présentée par M. Leroy, il existait une tuberculose iléo-cæcale. J'ai réséqué le cæcum et pratiqué l'iléo-sigmoïdostomie. La malade a guéri de sa lésion et de son délire.

Le cas me paraît propre à éclairer la question d'origine périphérique des délires ; c'est par hasard que le foyer infectieux profond, point de départ du délire, s'est extériorisé sous la forme d'un abcès ouvert. Si l'abcès ne s'était pas produit, il eût été difficile de reconnaître l'existence de ce foyer et la malade aurait été certainement classée dans le cadre des affections mentales primitives. D'autre part, ce cas ne saurait être classé dans le cadre des délires infectieux, bien qu'il ait à sa base une infection, parce que celle-ci est restée locale et ne s'accompagnait pas, comme dans le délire puerpéral, qui en constitue le type du syndrome de la septicémie générale.

Quant à la place qu'occupe la tuberculose dans la pathogénie des délires d'infection, il serait utile de distinguer les cas de tuberculose simple de ceux compliqués d'infection banale. Cette distinction n'a pas été faite jusqu'à ce jour et elle est capitale.

M. ***Magnan.*** — M. Leroy ne me semble pas avoir assez tenu compte dans son observation du terrain sur lequel s'est développé le délire. La forme et l'évolution de ce délire s'observent communément dans la dégénérescence mentale.

M. ***Picqué.*** — M. Magnan vient de formuler quelques réserves sur le peu de renseignements héréditaires de la malade et aussi sur la possibilité d'une simple coïncidence entre l'opération et la guérison du délire.

Mon but n'a nullement été d'amoindrir l'importance de la doctrine de la dégénérescence qu'il a défendue avec tant d'activité dans notre pays. Nous avons toujours fait, mes élèves et moi, la plus large place à l'œuvre du maître de la psychiatrie française.

Il faut, en effet, tenir compte, dans les délires, de la graine et du terrain, de la maladie et du malade. Ce n'est pas amoindrir cette doctrine que de prétendre qu'à côté des influences morales qui peuvent produire le délire sur ces terrains dégénératifs, d'autres causalités peuvent exister, et parmi elles l'infection chirurgicale.

Chez notre malade la guérison mentale survint trois jours après l'opération.

Dans beaucoup d'autres cas, nous avons observé le même fait, si bien qu'il est impossible d'admettre la coïncidence.

La malade avait déliré avant la maladie actuelle, elle pourra délirer après sous d'autres influences morales. La récidive ne pourra amoindrir le résultat obtenu par la chirurgie.

Un cas d'aphasie avec démence. Présentation de malade. — M. ***Couchoud*** montre une malade atteinte d'aphasie de Wernicke avec logorrhée, excitation, défaut d'attention, idées délirantes et troubles passagers de la conduite. La malade ne retrouve spontanément qu'un petit nombre de mots. Pour les autres, elle emploie des périphrases ou adopte indifféremment le nom qu'on lui propose. Elle ne comprend que quelques mots ; elle interprète d'après eux ou devine sur la mimique l'ordre qu'on lui donne. Elle reconnaît les signes isolés, lettres ou chiffres, mais est incapable de les assembler. Elle épelle les mots imprimés sans pouvoir les lire. Elle copie l'imprimé lettre par lettre, en cursive, elle ne peut écrire sous dictée que ce qu'on lui épelle. Pas de troubles sensoriels. Pas de troubles de la parole. L'impossibilité où est la malade de communiquer avec les autres personnes pourrait faire croire à un affaiblissement intellectuel bien plus profond que celui qu'elle présente en réalité.

Anomalie artérielle probable chez une mélancolique. Présentation de malade.— M. ***Juquelier*** présente une malade de 48 ans, atteinte de délire mélancolique et chez qui on ne perçoit pas de battements artériels dans tout le membre supérieur droit. Comme il n'existe pas de signes d'ectasie, d'oblitération récente ou de tumeur comprimant les vaisseaux, il s'agit probablement d'une anomalie de volume et de distribution des artères. Cette particularité a été constatée quelques semaines seulement avant l'entrée à l'asile.

Un cas de folie intermittente. Secousses myocloniques et délire de possession prémonitoires des accès. Présentation de tracés. — MM. ***Rogues de Fursac*** et ***J. Capgras.*** — Cette malade, âgée

de 67 ans, a des accès maniaques intermittents depuis l'âge de 18 ans ; intermittences d'abord très longues et ensuite de plus en plus courtes, si bien que dans ces dix dernières années, il s'est produit neuf accès. Il n'existe aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Trois semaines environ avant l'accès de grande agitation, apparaissent des secousses myocloniques généralisées, instantanées et involontaires. Ces secousses disparaissent pendant l'accès, se montrent de nouveau quand il touche à sa fin et cessent quand la malade retrouve son état normal. Pas de symptômes d'épilepsie ou d'hystérie. En outre de cette myoclonie, comme symptôme-signal de l'accès, survient un délire de possession transitoire avec glossolalie, extrêmement fugace et récidivant.

Un cas d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales, chez une femme polyglotte, n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable. Présentation de pièces. — MM. ***Marcel Briand*** et ***Brissot*** présentent le cerveau d'une femme polyglotte, atteinte d'aphasie motrice pure, sans surdité ni cécité verbales.

Les lésions observées sont les suivantes :

1° HÉMISPHÈRE GAUCHE. — *Premier foyer de ramollissement* détruisant la presque totalité de la 3e frontale.

2° HÉMISPHÈRE DROIT. — a) *Deuxième foyer de ramollissement* intéressant la zone de Wernicke.

b) *Troisième foyer de ramollissement* limité à la moitié postérieure des deux lèvres de la scissure perpendiculaire interne,

Cette malade, examinée pour la première fois à la Salpêtrière, en 1898-1899, par M. le professeur Déjerine, qui a publié une partie de son observation dans le Traité de pathologie générale (Séméiologie, tome V), n'a jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable.

Un cas de tumeur cérébrale latente. Présentation de pièces. — MM. ***A. Marie***, de Villejuif, et ***Benoit*** présentent les pièces d'un malade considéré comme dément sénile, à l'autopsie duquel on trouva une tumeur cérébrale de nature fibreuse d'après l'examen de MM. Caussade et Scheffer. La maladie avait débuté par une fugue. L'âge du malade, sa désorientation, son affaiblissement intellectuel, une certaine incohérence dans le langage, quelques vagues idées de persécution et des propos de tournure érotique traçaient assez bien le tableau d'une démence sénile.

Le malade n'a jamais eu aucun trouble de la motilité, aucun trouble de la sensibilité, sauf une céphalée sans caractère, aucun trouble viscéral, si ce n'est une incontinence intermittente des matières.

Les auteurs font remarquer que la tumeur siégeait précisément en un lieu de tolérance, sous l'extrémité antérieure des lobes frontaux et comprimait seulement le centre d'association antérieur, à l'exclusion de toute zone psychomotrice et de tous nerfs sauf les olfactifs.

Dr DE CLÉRAMBAULT,
Médecin de l'infirmerie spéciale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 22 juillet 1909.

Tachycardie paroxystique. — M. ***Deleuze*** envoie une observation de cette affection rare suivie d'autopsie. La crise a débuté brusquement et sans cause apparente ; elle s'est manifestée par les signes suivants : violente douleur au creux épigastrique, dyspnée, légère voussure précordiale sans augmentation de la matité cardiaque. Le cœur battait à 246 pulsations à la minute ; ces battements étaient bien frappés, réguliers ; il n'y avait ni altérations du rythme, ni bruits surajoutés.

La maladie dura quinze jours, au bout desquels la mort survint par asystolie. A aucun moment le nombre des pulsations n'est descendu au-dessous de 220, malgré les divers agents thérapeutiques employés : digitale, chloral, bromure, morphine...

L'autopsie n'a révélé aucune lésion du cœur, ni du péricarde ; seul le foie paraissait altéré : il était légèrement atrophié et cirrhotique. Les reins et les poumons présentaient les lésions congestives de l'asystolie.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une tachycardie paroxystique essentielle, véritable névrose (Huchard).

Incontinence nocturne essentielle d'urine. — M. ***Chavigny*** présente un incontinent qu'il a guéri radicalement avec l'appareil rééducateur de Genouville. Cet appareil, comme on le sait, consiste en deux plaques métalliques séparées par une mince couche d'ouate hydrophile qu'on place sous le bassin du malade. Ces plaques sont reliées à une pile et à une sonnerie que le courant met en action, dès que l'urine, ayant mouillé l'ouate, établit un contact électrique entre les deux plaques. M. Chavigny a remplacé la sonnerie par deux contacts appliqués au niveau du pubis qui donnent au malade une décharge faradique qui le réveille dès qu'il commence à uriner.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. ***Millet*** relate deux épidémies, l'une d'origine fécale, l'autre d'origine hydrique.

La première a frappé deux régiments de dragons à Reims et a déterminé 135 atteintes avec 23 décès. Ces régiments avaient évolué dans un terrain traité par l'épandage, extrêmement desséché. L'infection a dû se faire par ingestion des poussières fécales et non par inhalation. En effet, au cours de cette épidémie, il fut observé que les officiers et les sous-officiers restèrent indemnes ; leur immunisation semble être due à ce que, en rentrant de la manœuvre, ils se lavèrent le visage et les mains, tandis que les hommes s'en allèrent immédiatement manger en négligeant, pour la plupart, ces soins élémentaires de propreté.

L'épidémie d'origine hydrique est celle qui sévit sur la garnison de Rouen en 1903. Elle présenta deux phases bien distinctes. L'une, qui se signala par 83 cas et 14 décès, était due à la pollution de la source Saint-Jacques par des fosses non étanches du village de Darnétal où régnait la fièvre typhoïde. L'épreuve à la fluorescéine démontra la communication de ces fosses avec la source. La seconde, qui occasionna 152 cas avec 18 décès, fut déterminée par une contamination passagère de la source de Fontaine-sous-Préaux. L'épreuve de la fluorescéine permit de reconnaître une communication entre cette source et une vaste bétoire de 35 mètres de long sur 4 mètres de large, située dans le village de Quincampoix, à six kilomètres du point de captation de la source. Cette bétoire servait de dépotoir aux ordures et aux fumiers du village dans lequel existaient des cas de dothiénentérie.

La population civile ne fut pas plus épargnée que l'élément militaire, puisqu'au cours de cette épidémie, il y eut 321 cas déclarés avec 43 décès : c'est une nouvelle preuve en faveur de l'étiologie hydrique.

A la suite de ces événements, on installa des stérilisateurs dans toutes les casernes de Rouen ; or, depuis cette époque, c'est-à-dire de 1904 à 1908, il n'y eut plus, dans la garnison, que 32 atteintes de dothiénentérie avec un décès, tandis que la statistique civile enregistrait, pour la même période, 609 déclarations avec 114 décès.

M. ***Fischer*** attire l'attention sur la possibilité de contamination de la nappe souterraine par les cadavres des hommes morts de fièvre typhoïde et, par conséquent, porteurs de germes nombreux et virulents. Le danger sera surtout grand au cours d'une campagne, où les atteintes de fièvre typhoïde seront particulièrement fréquentes.

Il est nécessaire d'y remédier, en temps de paix, par l'obligation d'enfermer les corps des typhiques dans des cercueils imperméables, en temps de guerre par la crémation systématique.

M. ***Dupard*** insiste sur la nécessité qu'il y a, lorsqu'on installe des appareils stérilisateurs dans un casernement, à mettre ceux-ci à proximité des hommes et à assurer une distribution suffisante d'eau. Faute de quoi, la prophylaxie est illusoire, car, ainsi que le fait s'est encore récemment produit à Cherbourg, les hommes ont tendance à chercher ailleurs de l'eau contaminée.

Typhus exanthématique. — M. ***Lafforgue*** apporte le résultat des observations qu'il a faites en Tunisie. Il insiste sur la fréquence relative du typhus et sur la difficulté du diagnostic différentiel avec le typhus récurrent. Nombreux, en effet, sont les cas où la symptomatologie des deux affections présente de grandes similitudes. L'examen du sang permet, seul, de trancher le diagnostic ; encore y a-t-il lieu parfois de se demander si le typhus exanthématique et le typhus récurrent ne peuvent atteindre simultanément le même individu.

Quoi qu'il en soit, l'examen du sang est capital et ne doit jamais être négligé.

H. BILLET.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des enfants, par J. HUTINEL. 5 forts volumes in-8 avec figures en noir et en couleur et planches hors texte. (Chez Asselin et Houzeau, éditeurs, à Paris.)

Il y a quelques semaines, je signalais aux lecteurs du *Progrès médical* l'apparition du 1[er] volume de ce traité et je faisais remarquer que l'intention des éditeurs était de faire paraître les autres volumes dans un délai très rapproché. Je confesse que je n'y croyais pas. Aujourd'hui, je dois constater que les éditeurs ont tenu leur promesse et que les cinq volumes sont en vente. Et je fais remarquer que cette rapidité n'a nullement nui à la perfection de ce volumineux traité. On trouve dans tous ces volumes une mise au point excellente des questions et une recherche constante des choses pratiques. Les auteurs, à propos de chaque maladie, donnent des notions de pathologie générale qui rehaussent de beaucoup la portée des faits traités. D'ailleurs, l'intention du professeur Hutinel, qui tout en s'adjoignant des collaborateurs, a dirigé effectivement le travail et a revu tous les chapitres, a été de démontrer que la pathologie infantile ne doit pas être trop isolee de celle de l'adulte. « L'étude des maladies infantiles éclaire souvent celles de l'homme fait, et le médecin d'enfants qui connaîtrait mal les maladies de l'adulte serait un pauvre pédiatre ». Le médecin spécialisé pour les maladies de l'enfance n'est possible que si sa spécialisation n'est ni étroite, ni exclusive : c'est là un principe qui s'applique d'ailleurs à toutes les spécialités et qui, dans le cas présent, donne une valeur particulière à ce traité conçu et exécuté avec une méthode excellente.

Je donne les matières traitées dans les 4 derniers volumes.

Dans le *second volume*, sont décrites les infections à marche lente qui, dans leurs formes typiques, sont caractérisées anatomiquement par des réactions nodulaires : la tuberculose, la syphilis, la lèpre, la morve, l'actinomycose, etc. ; puis le rhumatisme dans ses différentes formes.

Vient ensuite l'étude des maladies du sang précédées de l'analyse des découvertes récentes sur le sang et les organes hématopoiétiques. Puis se placent les maladies caractérisées surtout par un trouble de la nutrition et, parmi elles, celles qui sont dues aux altérations des glandes vasculaires sanguines et le rachitisme.

Le *troisième volume* traite des maladies de l'appareil digestif, du foie, des reins et des organes génito-urinaires. La plus large place a été faite à la description des troubles digestifs si communs et parfois si graves chez les enfants.

Le *quatrième volume* est consacré aux maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et de la peau.

Le *cinquième volume* aux maladies du système nerveux. Dans chacun de ces volumes est faite une étude succincte des organes dont les maladies sont décrites.

Les collaborateurs sont MM. Babonneix, Bigart, Darié, Janselme, Lereboullet, Lesné, Martin, Merklen, Leven, Nobécourt, Paisseau, Tixier, Vitry et Roger Voisin. Dr G. PAUL-BONCOUR.

Quelques mots sur l'arriération mentale ; par le Dr LAURENT (de Rouen). Extrait de la *Normandie médicale*, 15 juin 1909.

C'est un plaidoyer fort documenté en faveur de l'Assistance des enfants anormaux. L'auteur donne la classification des anomalies qu'il range sous la dénomination générale d'arriération, il indique comment on doit faire la sélection des élèves, et comment on doit les soigner. C'est d'ailleurs pour étudier et assurer ces déshérités que le Dr Laurent a créé à Rouen une Société des amis de l'Enfance pour le développement des enfants arriérés. C'est une innovation dont on doit le féliciter et qui sera, espérons-le, imitée dans la plupart des grandes villes.

G. PAUL-BONCOUR.

Physiologie de Mathias-Duval et Gley, deuxième et troisième parties, 1 volume in-16. (Chez Ballière, Paris 1907 et 1909).

Le monde des étudiants a toujours fait le plus sympathique accueil au traité de Duval ; ce sentiment ne va se modifier, au contraire, à la lecture de ce traité qui, grâce à la collaboration du professeur Gley, est absolument modifié, transformé, remanié et même amélioré. Ainsi complété et mis au point, le Traité de physiologie aura tout le succès qu'il mérite : il renferme tout ce qu'un médecin doit savoir ; il est clair, facile, abondamment illustré, pourvu de schémas quand cela est nécessaire. C'est un livre qui doit prendre place dans la bibliothèque des étudiants et des praticiens. G. PAUL-BONCOUR.

La férocité pénale. Tortures et supplices en France, Fernand MITTON, volume in-18 de 400 pages orné de quatre planches hors-texte en couleurs. (H. Daragon, éditeur, Paris.)

Les débats qui se sont déroulés il y a quelques mois devant la Chambre et se sont terminés par le maintien de la peine de mort dans notre pays ainsi que les récentes exécutions capitales, appellent l'attention sur les derniers supplices usités jadis en France.

Aussi, pour faire suite à son volume sur les *Tortures et supplices à travers les âges*, qui vient d'atteindre son deuxième mille, M. F. Mitton a-t-il cru intéressant d'étaler devant nos yeux toute la férocité pénale française depuis les Gaulois jusqu'à nos jours. Grâce aux patientes recherche de l'auteur, il est possible de connaître maintenant les horribles tourments auxquels étaient soumis les criminels. La pendaison et la décapitation par le glaive peuvent passer pour des supplices relativement doux auprès de la roue, du bûcher, de l'écartèlement par quatre chevaux.

La Question ou Torture à laquelle on appliquait les voleurs et assassins avant de les envoyer au dernier supplice, peut être considérée comme plus effrayante encore. Quoi de plus terrifiant que les « brodequins », les « grésillons », les « jarretières », le « tour », « l'huile bouillante », « la veille », « l'eau ingérée par le voile », « la mordache », les « chaussons soufrés au feu ». Malgré les cris, les supplications des patients, les tortionnaires continuaient jusqu'au bout leur cruelle besogne. On reste terrifié en songeant que des innocents durent subir de semblables pratiques.

L'auteur, après avoir fait un historique très complet de la justice et de la procédure criminelles, donne des détails circonstanciés sur chacun des procédés employés pour arracher des aveux aux coupables ou prétendus tels. Il présente, en outre, une monographie sur chacune des prisons célèbres : fait connaître dans toute son horreur le régime défectueux des cachots de l'ancienne France pour terminer par le régime pénitentiaire actuel, les prisons cellulaires et les maisons centrales.

Enfin, M. F. Mitton a consacré un chapitre spécial aux BAGNES ET TRAVAUX FORCÉS, lequel n'est pas le moins intéressant du volume. L'auteur, après nous avoir fait passer par les galères royales, les bagnes de Toulon, Brest, Rochefort, nous conduit au dépôt de l'Ile de Ré et de là à la Guyane et à la Nouvelle-Calédonie. A l'aide de documents précis, RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS et RAPPORTS OFFICIELS, il nous montre sous son véritable jour le séjour de nos transportés et relégués. Nous sommes loin de cette vie dorée que l'on s'est plû à peindre, en ces temps derniers surtout.

D'ailleurs, nous ne croyons mieux faire, pour montrer l'importance du volume, que de donner les titres de chapitres :

Chapitre I. LA JUSTICE CRIMINELLE SOUS L'ANCIEN ET LE NOUVEAU RÉGIME.

Chapitre II. LA PROCÉDURE CRIMINELLE ET LES PRISONS.

Chapitre III. LA QUESTION OU TORTURE.

Chapitre IV. PEINES ET CHATIMENTS.

Chapitre V. LES DERNIERS SUPPLICES.

L'ouvrage, qui retrace toutes les phases de la peine capitale et contient quatre planches hors texte, a été édité avec luxe et est envoyé franco contre mandat de cinq francs.

Avant la rampe, par M. Charles DE BUSSY, vol. in-8° de 310 pages: 3 fr. 50. (Chez Stock, éditeur, 155, rue Saint-Honoré, Paris.)

En outre d'une délicate idylle devant un Guignol, et de *La Signature*, poignant calvaire d'un anonyme génie, et, en plus d'un *Intermède* où puiseront les diseurs, ce recueil comprend *L'âme Broyée*, cinq actes qui ne furent présentés dans aucun théâtre et que l'auteur, avant toute tentative de représentation, offre à la lecture. Cette étude, aussi réelle qu'idéale, d'*un cas d'amnésie dans les Alpes*, séduira par ses situations émouvantes et de pure passion ; nul doute qu'un jour elle n'ait la consécration des longs applaudissements sur une grande scène.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les aquisitions récentes sur la méningite cérébro-spinale épidémique (1).

(*Epidémiologie.— Sérothérapie.— Diagnostic bactériologique* ;

Par M. Ch. DOPTER.
Médecin-major de 2e classe.
Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'épidémiologie de la méningite cérébro-spinale s'est éclairée récemment à la faveur des recherches bactériologiques exécutées en Allemagne pendant l'épidémie de Silésie (1905-06) ; elles ont été continuées et étendues en France lors de l'épidémie qui a sévi durant les premiers mois de l'année 1909.

Sans vouloir entrer dans le détail de ces travaux, on peut affirmer actuellement que la transmission reconnue de la méningite cérébro-spinale s'effectue par les produits de sécrétion rhino-pharyngée, que le malade répand autour de lui. Le rhino-pharynx est en l'effet l'habitat électif du méningocoque ; c'est là qu'il pullule avant de diffuser vers les méninges ; il y persiste parfois longtemps après la guérison des phénomènes méningés ; à cet égard on peut déjà établir que non seulement les *malades* mais les *convalescents* sont dangereux pour leur entourage.

Une notion nouvelle est venue se greffer sur cette dernière : à côté des malades avérés, il existe des *sujets sains* qui portent des méningocoques dans leur rhino-pharynx. Ce sont: 1° des personnes de l'entourage immédiat des malades, 2° des sujets ayant approché les malades, mais sans avoir eu avec eux le contact permanent de l'entourage immédiat ; 3° des sujets qui, n'ayant pas approché les malades, tiennent leurs méningocoques d'autres porteurs de germes qui les leur ont communiqués.

Ces germes vivent chez ces individus sans déterminer d'autre lésion qu'un catarrhe habituellement léger de la muqueuse rhino-pharyngée. En un mot, ils provoquent une rhino-pharyngite, première étape à laquelle ils s'arrêtent très fréquemment sans poursuivre leur route vers les méninges ; ils y épuisent leur activité pathogène. On estime qu'en cas d'épidémie, il existe 10 fois plus de porteurs de méningocoques que de méningitiques avérés.

Ces sujets sont dangereux pour leur entourage, plus dangereux même que les méningitiques qu'on isole au premier symptôme, car ils vont, viennent, vaquent à leurs occupations habituelles, et sèment le méningocoque autour d'eux, en restant méconnus. Des épisodes de l'épidémie récente de 1909, en France, démontrent à tout jamais le rôle de ces porteurs de méningocoques dans la propagation de la méningite cérébro-spinale (Episodes de Courvaudon, Ste-Marie-Laumont, rapportés par Vaillard à l'Académie de médecine).

Cette notion est de la plus haute importance au point de vue épidémiologique : elle permet d'expliquer les atteintes survenant avec toutes les apparences de la spontanéité, ou bien les explosions épidémiques se produisant chaque année ou même après plusieurs années, sans qu'on puisse savoir le lien qui les unissait entre elles. Il ne saurait plus s'agir de reviviscence des germes endormis dans les locaux, car le laboratoire a démontré pleinement que le méningocoque ne vit pas plus de 48 heures dans le milieu extérieur. Actuellement, les *sujets sains porteurs de méningocoques doivent être considérés comme les anneaux d'une chaîne ininterrompue qui relie, dans une même agglomération, et même d'une localité à une autre, les cas de méningite cérébro-spinale paraissant les plus indépendants les uns des autres.*

La doctrine de la contagion interhumaine, battue en brèche pendant de longues annnées, reprend dès lors tous ses droits.

Ce grand rôle de diffusion accordé au méningocoque issu du rhino-pharynx chez ces porteurs sains amène ainsi à considérer la rhino-pharyngite méningococcique, évoluant seule ou suivie de méningite, comme l'affection contagieuse par excellence ; en un mot, la méningite ne serait épidémique qu'en apparence : la véritable affection seule capable de contamination c'est la rhino-pharyngite. Autrement dit, *il n'existerait pas d'épidémie de méningite, mais des épidémies de rhino-pharyngite, compliquée parfois de méningite.*

SÉROTHÉRAPIE.

Née presque simultanément en Amérique (Flexner) et en Allemagne (Kolle et Wassermann), la sérothérapie a été d'abord appliquée dans ces régions. En France, durant les premiers mois de 1909, on a utilisé en grande partie le sérum que j'ai préparé, sur les conseils de M. Roux, à l'Institut Pasteur de Paris.

Préparation du sérum. — Flexner obtient son sérum en immunisant des chevaux à l'aide de cultures tuées puis vivantes de méningocoques, qu'il introduit sous la peau, puis dans les veines. Il ajoute quelques doses d'extrait autolytique provenant des cultures ; il injecte l'extrait seulement sous la peau.

Kolle et Wassermann immunisent trois chevaux : l'un avec un méningocoque, un second avec 5 à 6 échantillons du même germe ; un troisième avec l'extrait autolytique. C'est le mélange à parties égales de ces trois sérums qui constitue le sérum antiméningococcique.

En ce qui me concerne, j'immunise les chevaux à l'aide de *cuttures vivantes seules*, injectées sous la peau d'abord, dans les veines ensuite, sans utiliser les extraits de microbes. J'obtiens ainsi à la fois un sérum *anti-microbien* et hautement *anti-endotoxique* : l'expérience sur l'animal et les essais tentés en thérapeutique humaine le prouvent nettement.

Effets du sérum antiméningococcique. — La valeur du sérum antiméningococcique peut s'apprécier : 1° par la diminution du taux de mortalité qu'il amène ; 2° par les effet qui suivent son application dans chaque cas particulier.

I. — DIMINUTION DU TAUX DE MORTALITÉ.

On sait que la mortalité de la méningite cérébro-spinale, quand elle sévit à l'état épidémique, s'élève à des chiffres variant entre 60 et 80 p. 100. Or, depuis que le sérum a été introduit, non pas sous la peau, mais par la voie rachidienne, la mortalité a subi une diminution considérable.

Dans son dernier mémoire, Flexner, réunissant tous les cas traités avec son sérum, comptait 442 cas, ayant donné 147 décès = 33 p. 100. Il défalque de ce chiffre 49 cas où les injections ont été pratiquées dans des cas foudroyants, morts quelques heures après, ou sur des moribonds et enfin dans des cas où la mort est survenue à la d'une infection intercurrente.

Dans ces conditions, il reste : 393 cas avec 98 décès, soit 25.4 p. 100.

(1) Rapport au Congrès pour l'avancement des sciences. Lille, 2 août 1909.

Donc : mortalité brute : 33 p. 100.
Mortalité nette : 25.4 p. 100.

Le sérum préparé par Kolle et Wassermann à Berlin a donné entre les mains de Lévy, Krohne, Többen, Hohn, les résultats suivants (en injection intrarachidienne) :

Krohne, 22 cas : 6 décès ;
Lévy, 41 cas : 5 décès ;
Holm, 41 cas : 5 décès ;
Többen, 1907, 29 cas : 10 décès et en 1908, 15 cas : 1 décès.
Total : 148 cas, 27 décès = 18,2 p. 100.

En France, il est arrivé à ma connaissance que, au moment où ces lignes sont écrites, 196 cas (publiés et inédits), ont été traités par le sérum que j'ai préparé.

Ces 196 cas ont donné 31 décès. A la manière des auteurs précédents, on peut légitimement défalquer 12 cas ayant porté sur des moribonds, injectés *in extremis*. Donc :

Mortalité brute : 31 décès : 15.86 p. 100.
Mortalité nette : 18 décès : 10.32 p. 100.

Or la moyenne de la léthalité des malades traités sans sérum, en France, durant les premiers mois de 1909, peut être évaluée de 65 à 75 p. 100.

Donc, à la suite des injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique, la mortalité est incontestablement diminuée. Encore élevée dans le très jeune âge, chez les enfants au-dessous d'un an, elle est incomparablement réduite pour l'âge adulte.

L'étude des symptômes observés à l'occasion de chaque cas particulier manifeste encore hautement l'action du sérum.

II. — Effets observés dans chaque cas particulier.

Ils portent sur l'atténuation des symptômes, le changement d'aspect du liquide céphalo-rachidien, la diminution de la durée de la maladie, la rareté des séquelles.

a) *Atténuation des symptômes.* Les injections de sérum amènent habituellement en 24 heures, parfois en quelques heures, un changement complet dans l'état du malade. Les phénomènes comateux, la céphalée, les vomissements, l'insomnie, sont les premiers symptômes qui s'atténuent puis disparaissent.

L'état général s'améliore parallèlement : le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit ; la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, le signe de Kernig, persistent plus longtemps. La fièvre peut s'abaisser rapidement et tomber à la normale le lendemain de l'injection ; sa chute peut aussi s'effectuer en lysis.

Telle est, dans son ensemble, la marche habituelle de l'amélioration produite. Mais il arrive que, même après plusieurs injections, celle-ci soit pour ainsi dire dissociée : on voit ainsi la température persister plusieurs jours, s'élever même, alors que les autres symptômes s'atténuent. Ou bien tous les symptômes disparaissent, y compris la fièvre, alors que l'état général reste précaire ; autant d'indications utiles pour de nouvelles interventions.

Le retour rapide à l'état normal du liquide céphalo-rachidien doit être particulièrement signalé : il redevient clair, de trouble qu'il était ; les polynucléaires diminuent de nombre, en même temps que leur aspect pyroïde s'efface ; les méningocoques disparaissent progressivement ; enfin la formule devient seulement lymphocytique.

La rétrocession de ces divers phénomènes est assez saisissante pour faire admettre l'efficacité du sérum. Néanmoins, il est juste d'ajouter que l'amélioration ne se produit pas toujours d'une façon aussi nette. Il est des cas où elle s'effectue lentement ; enfin il en est d'autres où l'atteinte est particulièrement grave, et où le sérum parait ne provoquer aucune action bienfaisante : il s'agit alors de formes septicémiques, ou hypertoxiques se révélant par l'existence de pétéchies abondantes ; ou bien ce sont des méningites où la corticalité paraît intéressée, où les lésions paraissent moins accessibles à l'action du sérum ; ou bien le méningocoque infectant présente quelques variations biologiques le rendant plus résistant à l'égard du sérum, dont la polyvalence doit donc être recherchée le plus possible.

Dans les cas qui guérissent, la durée de la maladie est, d'une façon générale, beaucoup plus réduite qu'avec les traitements usuels.

Enfin, les séquelles, si fréquentes avant le traitement sérothérapique, peuvent être, grâce à ce dernier, considérées comme exceptionnelles.

Mode d'emploi. Doses.

L'injection sous-cutanée est inefficace. — Le sérum doit être introduit dans la *cavité rachidienne*, après ponction lombaire. Cette dernière doit évacuer au moins autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum, sous peine de produire des accidents de compression. Il est même préférable de retirer une quantité de liquide supérieure (1).

Le sérum doit être tiédi à 38 ou 40° avant de l'injecter.

L'injection doit être poussée lentement. Enfin, une fois qu'elle est terminée, il faut placer le malade pendant plusieurs heures le bassin plus élevé que la tête pour que le sérum puisse plus aisément diffuser jusqu'aux méninges cérébrales. Cette précaution est indispensable.

Pour un enfant de moins d'un an, on peut injecter 10 cc. de sérum ; pour les enfants plus âgés, 10 à 20 cc. ; pour les adultes 20, 30, 40 cc.

Souvent les injections doivent être répétées quotidiennement jusqu'à ce que la fièvre et les symptômes primordiaux aient disparu. Dünn, Netter, conseillent même de les répéter systématiquement 2 ou 4 jours de suite dans tous les cas, dans le but d'éviter les rechutes possibles. Si une rechute se produit, il ne faut pas hésiter à recommencer le traitement comme à la première atteinte.

On peut encore, dans certaines complications, utiliser le sérum en application locale (affections oculaires, arthrites suppurées) ; sous son influence, elles s'améliorent rapidement.

L'action du sérum antiméningococcique est d'autant plus efficace qu'il est employé à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aussi importe-t-il au plus haut point d'établir rapidement le diagnostic.

Les grands symptômes cliniques l'imposent habituellement ; mais à côté des formes classiques, il faut compter avec des formes anormales, frustes, voire même ambulatoires, pour lesquelles le diagnostic n'est guère possible sans l'intervention de la *ponction lombaire*.

Celle-ci montre le plus souvent un liquide louche ou seulement opalescent ; mais cette seule constatation n'est pas suffisante, car la méningite peut être causée par des germes autres que le méningocoque. Puis, exceptionnellement il est vrai, dans les premières heures de l'affection, le liquide céphalo-rachidien peut être clair et dérouter ainsi le praticien.

(1) Toutefois, plusieurs auteurs (Netter, Comby) ont pu injecter 20 cc. de sérum après n'avoir retiré que quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. Les malades n'en ont éprouvé aucun dommage.

L'aspect du liquide est donc incapable, à lui seul, d'établir un diagnostic sûr ; il y a lieu de le soumettre à l'*examen bactériologique*. Il faudra donc pratiquer :

1° L'*examen microscopique direct*. Après étalement sur lame et coloration d'une parcelle provenant du culot de centrifugation, on constate la présence d'un *coccus en grain de café*, décoloré par le Gram *intra* ou *extracellulaire*. Ce germe peut être du méningocoque. On ne saurait rigoureusement l'affirmer par ces seuls caractères, car de nombreux pseudo-méningocoques présentent le même aspect.

Il arrive aussi que l'examen le plus minutieux ne permet de déceler aucun germe ;

2° Quelle qu'ait été la constatation précédente, il y a lieu de pratiquer la *culture* du liquide céphalo-rachidien centrifugé. On ensemence sur gélose-ascite de préférence ; après 24 heures de séjour à l'étuve, on examine les colonies qui ont poussé ; pour affirmer qu'il s'agit de méningocoque, il importe de leur faire subir les épreuves d'*agglutination* et de la *fermentation des sucres*, seules capables de le différencier des germes similaires (dipl. crassus, m. catarrhalis, m. cinereus, dipl. pharyngis, flavus, gonocoque, etc.).

Mais dans 1/3 ou 1/4 des cas, la culture reste stérile, bien qu'il s'agisse du méningocoque. Ou bien, on décèle un germe qui lui est étranger, mais lui est associé, le méningocoque ayant rapidement disparu du liquide céphalo-rachidien.

En ce cas il y a lieu de rechercher :

a) Le pouvoir agglutinant spécifique du sérum du malade sur un méningocoque conservé au laboratoire ;

b) La présence possible du méningocoque dans le rhino-pharynx du sujet atteint ;

c) MM. Vincent et Bellot ont récemment montré que l'addition d'une goutte de sérum antiméningococcique (non chauffé) à 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien centrifugé jusqu'à limpidité complète, provoque la formation d'un trouble plus ou moins abondant après 8 à 15 heures de séjour à l'étuve, si le méningocoque est en cause. Cette précipito-réaction est négative s'il s'agit de méningites d'autre nature.

Dans nombre de cas où l'examen direct et les cultures avaient montré l'absence de méningocoques, ce procédé a permis rapidement d'établir qu'il s'agissait cependant du germe en question. A cet égard, il est donc appelé à rendre de grands services à la clinique et à la thérapeutique. Mais il faut savoir aussi qu'en certains cas, comme pour toute réaction biologique, cette précipito-réaction peut n'être pas infaillible.

1° Parfois le liquide céphalo-rachidien, non additionné de sérum (tube de contrôle), peut se troubler au même titre qu'après addition de sérum. En pareil cas, elle est inutilisable ;

2° Le sérum antiméningococcique peut provoquer un précipité léger si la méningite est due au pneumocoque (Vincent et Bellot). Des expériences sur les extraits de germes analogues au méningocoque (m. catarrhalis, dipl. flavus, dipl. crassus) montrent l'existence de co-précipitines à côté des précipitines spécifiques ;

3° Enfin, la réaction peut faire défaut même si le méningocoque est en cause. Il est possible qu'en pareil cas le méningocoque soit un peu différent par ses propriétés biologiques du méningocoque type et que son extrait autolytique mélangé au sérum donne très peu de précipitines (Dopter).

Ces recherches, aussi simplifiées qu'on ait voulu les rendre, sont encore assez longues ; il serait imprudent souvent d'en attendre le résultat et de perdre ainsi un temps précieux pour commencer la sérothérapie ; aussi, voici la conduite qu'il y a lieu de tenir :

En présence d'un cas de méningite où la ponction lombaire montre un liquide louche ou opalescent, injecter du sérum le plus tôt possible. Envoyer le liquide céphalo-rachidien à un laboratoire voisin ; continuer ou cesser la sérothérapie suivant la réponse de ce dernier.

Si le liquide retiré est clair, mais les symptômes étant ceux d'une méningite cérébro-spinale avérée (surtout si l'on observe un milieu épidémique), suivre la même ligne de conduite.

Phlébite dans la scarlatine ;

Par le Dr LAFFORGUE
Répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire (Lyon).

La phlébite est une complication extrêmement rare de la scarlatine ; les ouvrages classiques et les monographies récentes sur les phlébites ne lui consacrent aucune mention. Dans sa belle étude sur les maladies infectieuses, si riche en documents, le professeur Roger n'en cite qu'un seul cas (1). Cette intégrité des veines ne manque pas de surprendre au cours d'une maladie qui localise assez souvent ses atteintes sur l'endocarde et quand on songe à la fréquence des complications streptococciques, qui jalonnent l'évolution ou le décours de la scarlatine. Sans insister autrement sur les raisons d'ordre humoral ou chimique qui peuvent expliquer cette immunité du système veineux à l'égard du virus scarlatin, il nous a paru intéressant de rapporter le fait suivant, observé récemment dans notre service.

M. 22 ans, entre à l'hôpital Desgenettes, le 29 janvier 1909, pour scarlatine. Pas de maladies antérieures. Pas d'antécédents héréditaires notables. Exerçait avant son incorporation la profession de cultivateur. Nous notons à l'entrée : Eruption scarlatineuse typique sur le thorax et l'abdomen, plus marquée dans l'aine et les aisselles Fièvre à 39°. Pouls : 128, régulier, mais en hypotension. Céphalée frontale. Pas de vomissements. Légère rachialgie dorso-lombaire. Rien aux cœur ni aux poumons. Urines légèrement albumineuses. Indépendamment de l'éruption, on note comme symptôme de premier plan une angine bilatérale avec exsudat membraneux grisâtre, sur l'amygdale et les piliers, s'accompagnant de dysphagie pénible. Les frottis et ensemencements pratiqués avec l'exsudat y révèlent l'existence presque exclusive de streptocoques. L'angine, très tenace, dure plus d'une semaine. L'albuminurie se maintient à un taux inférieur à 0,50. Diazoréaction positive.

Le 28 février, début de la desquamation par le visage et le cou ; elle s'étend au thorax et aux mains, qui se dépouillent par larges placards bien caractéristiques et dure une quinzaine de jours. Dans l'intervalle, pas de complication. Malgré cette évolution favorable des symptômes, l'état général est loin de s'amender. La face est d'une pâleur terreuse, les conjonctives sont décolorées, il existe une asthénie marquée. La tension artérielle est de 12, la ligne blanche de Sergent est nette.

Dans la journée du 8 mars, la température, qui oscillait depuis plusieurs jours autour de 37, s'élève sans cause appréciable à 38°2. La nuit suivante, le sujet éprouve de vives douleurs dans la région du mollet gauche. A la visite, nous trouvons la jambe augmentée de volume (différence de 5 cm. au mollet par rapport au côté opposé). La

(1) G. H. ROGER. — Les maladies infectieuses, p. 962.

peau est chaude, tendue, de coloration blanc bleuâtre, sans réseau veineux sous-cutané appréciable. On n'arrive que très difficilement à produire un léger godet d'œdème, d'ailleurs très fugace. Pas de cordon perceptible sur le trajet des troncs veineux du membre inférieur. Le malade est mis en gouttière ; les douleurs diminuent. Le 9 au soir, l'infiltration a gagné le segment crural ; l'œdème y revêt les mêmes caractères qu'à la jambe : élastique, sans godet persistant, blanc-bleuâtre, à peine inflammatoire. Les douleurs spontanées font défaut à la cuisse ; seule, l'exploration du triangle de Scarpa les fait apparaître. Le réseau veineux sous-cutané se montre les jours suivants dans toute l'étendue du membre inférieur, mais on ne trouve à aucun moment de cordon induré. Léger épanchement dans l'articulation du genou.

Le 10 mars, hémoculture (10 cc. de sang) : l'ensemencement est stérile.

A partir du 12 mars, évolution régulièrement régressive. Les douleurs s'atténuent, la température retombe à la normale, il ne se produit aucune complication locale ou à distance. Seul, l'œdème persiste. L'état général demeure très précaire. L'examen des divers organes, en particulier des poumons, ne révèle aucune lésion appréciable.

Après un mois d'immobilisation, on institue un traitement par le massage progressif et les bains sulfureux. Amélioration très lente dans l'état du membre inférieur. Par contre, les forces du malade se rétablissent assez vite, sous l'influence d'un traitement tonique.

Il s'agit, dans le cas précédent, d'une phlébite du membre inférieur gauche survenue dans le décours d'une scarlatine. On pourrait objecter, en raison de l'importance et de la ténacité de l'angine, que nous avons eu affaire, comme dans les cas de Florand et de Guinon (1), à un érythème scarlatiniforme au cours d'une streptococcie pharyngée. Mais l'intensité, les caractères et la longue durée de la desquamation permettent d'affirmer la scarlatine. Il en est de même de la diazoréaction positive, dont Lobligeois (2) a bien montré la valeur différentielle dans une thèse inspirée par le prof. Dieulafoy.

La scarlatine est authentique, mais la phlébite est-elle sous la dépendance du virus scarlatin ou d'un germe associé ? Les résultats négatifs de l'hémoculture n'excluent pas cette seconde hypothèse ; on sait en effet que, lorsque une phlébite devient cliniquement appréciable, le germe qui l'a produite a souvent disparu de la circulation générale. Nous ne pouvons donc que poser la question sans la résoudre ; quel que soit l'agent pathogène en cause, le cas n'en demeure pas moins exceptionnel et laisserait supposer chez le sujet une prédisposition très particulière.

A cet égard, il nous a paru intéressant de rechercher si ce malade présentait des causes prédisposantes d'ordre général, telles que des modifications de la coagulabilité sanguine. Or, l'étude de la coagulation a fourni un résultat normal ; dans l'examen sur lames, la richesse en hématoblastes ne différait pas du taux ordinaire. Par un procédé actuellement à l'étude et dont nous publierons ultérieurement les résultats, nous avons essayé d'apprécier la teneur en plasmase du sang de notre malade par rapport à celle d'un sujet normal : nous n'avons pas constaté de différence sensible. Au reste, l'état des fonctions hépatiques, dont on connaît la répercussion possible sur la coagulabilité du sang, ne paraissait pas troublé, à en juger du moins par le taux de l'urée, par l'épreuve du bleu et de la glycosurie alimentaire.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 juillet 1899.
(2) Lobligeois. — Thèse Paris, 1902.

En présence de ces faits négatifs, une autre hypothèse, en harmonie avec les idées actuelles, subsiste : l'insuffisance surrénale au cours d'une scarlatine. D'après Lœper et Oppenheim, les lésions des surrénales seraient fréquentes dans cette maladie ; elle partagerait ce privilège avec la diphtérie, la fièvre typhoïde et surtout la variole. Certains auteurs ont même dénoncé ces lésions des surrénales comme l'une des causes de la mort subite ou rapide, observée dans des conditions si variées chez les scarlatineux (1).

En faveur de l'insuffisance surrénale, nous notons chez notre malade : 1° une asthénie considérable, en disproportion manifeste avec les résultats de l'examen viscéral ; 2° deux symptômes satellites de haute importance : la ligne blanche et l'hypotension. De là résultent deux conditions favorisantes de la coagulation : le ralentissement du cours du sang dû à l'hypotension artérielle, l'irritation des parois vasculaires par les toxines circulantes insuffisamment neutralisées. Avec des causes adjuvantes semblables, on comprend qu'un agent infectieux puisse plus aisément réaliser une complication exceptionnelle.

Au point de vue clinique, la phlébite ci-dessus décrite se différencie peu de la plupart des phlébites subaiguës. Au point de vue étiologique, son apparition dans le décours de la maladie est à rapprocher de certains accidents post-scarlatineux, tels que les néphrites. Signalons cependant que, dans le cas de M. le prof. Roger, c'est au 8e jour d'une scarlatine grave que la phlébite se déclare ; la malade succombait le 11e jour.

De pareils cas, intéressants à relater à cause de leur extrême rareté, soulèvent une question difficilement soluble. Pourquoi la scarlatine, qui lèse assez souvent l'endocarde, respecte-t-elle si constamment les veines ? Il en faut probablement chercher la cause, non dans des raisons humorales ou histologiques, insuffisantes à expliquer ce contraste, mais dans la composition chimique du sang veineux, qui serait peu favorable à l'évolution du virus scarlatin.

(1) La mort imprévue dans la scarlatine. Gouget et Mlle Dechaux. *Presse médicale*, 24 février 1909.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins et le téléphone.

Décidément, notre confrère Simyan n'est pas tombé du Sous-Secrétariat des Postes, par vertige de popularité, car on peut affirmer qu'il ne l'a recherchée, ni dans le public, ni parmi ses fonctionnaires, ni parmi les médecins. Ces derniers surtout n'ont aucune raison pour être satisfaits, et il ne semble pas que les « Médecins des Postes », à Paris du moins, aient conservé le meilleur souvenir du « Patron » médecin. Je crois même que le confrère de la rue de Grenelle ne les recevait pas du tout ; ce qui, réflexion faite, pouvait être considéré comme la « manière douce », car l'audience directe passait plutôt pour être réfrigérante.

Le pouvoir doit griser d'autant plus facilement qu'on est de constitution plus fragile, et il n'est donné qu'aux hommes supérieurs d'occuper les plus hautes situations politiques ou sociales sans perdre de vue les amis de la première heure, qu'ils soient petits ou grands, mais en affectant au contraire de ne pas paraître ignorer la grande famille corporative dont on est modestement issu. Ce sera la gloire du Dr Clemenceau d'être resté l'ami

de ses amis les plus humbles, et d'avoir honoré les praticiens d'un accueil quelquefois brutal dans la forme, mais toujours bienveillant. Il n'a pas renié ses origines, et il n'apparait pas que cette gratitude élégante, qu'elle fut sincère ou « politique », ait nui à l'autorité du premier Ministre, ou l'ait gêné de la moindre façon dans l'exercice impératif de ses hautes fonctions.

Or donc, l'Administration des Postes vient de faire la niche de supprimer la réduction de cent francs dont les médecins de l'Assistance médicale (médecins et chirurgiens des hôpitaux, médecins du service à domicile) bénéficiaient sur l'abonnement au téléphone, grâce à l'intervention tenace et amicale de M. le Directeur général de l'Assistance publique de Paris. Cette dernière Administration s'est empressée d'aviser, dans les termes suivants, les médecins lésés

Paris, 4 août 1909.

Monsieur le docteur,

J'ai le regret d'avoir à vous informer que, par lettre en date du 25 mai dernier, M. le Sous-Secrétaire d'Etat des postes et télégraphes m'a fait part de sa décision, prise sur l'avis de M. le Ministre des Finances, de ramener au plein tarif de 400 fr. par an les abonnements souscrits par l'Assistance publique au tarif réduit de 300 fr. au domicile des membres de son corps médical.

Malgré toutes mes instances, je n'ai pu obtenir que cette décision fût rapportée, et une nouvelle lettre de M. le Sous-Secrétaire d'Etat, en date du 3 juillet, m'en a, au contraire, apporté confirmation. M. le Ministre des travaux publics, des postes et des télégraphes, vient de me faire savoir que cette décision aurait son effet à partir du premier octobre 1909. etc.........

En même temps, ou du moins avec plus d'empressement, les mêmes médecins recevaient de l'Administration des postes, ce doux billet :

Paris, 3 août 1909.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'Administration m'a prescrit de porter au taux de 400 francs l'abonnement forfaitaire du réseau de Paris, souscrit pour votre usage par M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Cette transformation doit coïncider avec l'expiration du trimestre en cours.

En vue, de régulariser la situation je vous adresse 2 formules de contrat que vous aurez à signer après les avoir fait timbrer dans un bureau de l'enregistrement (0 fr. 60).

Je vous prie de vouloir bien me renvoyer ces pièces le plus tôt possible après régularisation.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance, etc.

Cette mesure mesquine, qui n'est pas de nature à combler les déficits dont on grève le budget public, se comprend d'autant moins qu'il s'agit de médecins susceptibles d'être appelés d'urgence à tout instant pour la cause des malheureux.

On doit pouvoir disposer en permanence d'un chirurgien ou d'un médecin ; mais encore faut-il que l'un ou l'autre ne soit pas seul à faire les frais de la célérité qu'on est un droit d'escompter. Les hôpitaux doivent être, au nom du bien public, en communication constante avec les chefs de service, et c'est pour assurer ce contact que les médecins versaient 300 francs sur 400 ; franchement ils y mettaient du leur ! Je ne sais ce que pensent les chirurgiens des hôpitaux, mais s'ils se refusaient à contracter l'abonnement intégral qu'on leur propose, ce serait le désarroi dans l'Assistance publique, et les malades payeraient la casse. Il est vrai que les médecins ont toujours eu conscience de leurs devoirs de haute humanité ; il n'est pas moins triste de constater que la conscience médicale est trop souvent exploitée.

Ce système qui consiste à poursuivre le médecin de tracasseries fiscales ou autres est absurde, inhumain, antisocial et anti-politique au premier chef. Qu'on le veuille ou non, le médecin moderne joue un rôle de plus en plus grand, et lui seul est de nature, par biologie professionnelle, à survivre et à s'adapter à tous les bouleversements sociaux. Ménagez toujours le médecin pour les cas où vous pourrez avoir besoin de lui ! Vous le voulez d'urgence ? Aidez-le donc à vous satisfaire !

Au reste, la vraie formule sociale, applicable à tous les médecins, et pour le plus grand bien d'une société malade, est la suivante : *le téléphone obligatoire et gratuit.*

CORNET.

REVUE DES JOURNAUX

Bouillies maltées.

Les nourrissons au sein reçoivent du lait maternel vivant, contenant des diastases spéciales (oxydases) pour les échanges intracellulaires de l'organisme ; vers neuf mois, en général, la quantité de lait maxima que l'on donne (1 litre) n'étant souvent plus une nourriture suffisamment substantielle, il faut y adjoindre des bouillies de farine.

Chez l'enfant débile, dont les glandes annexes du tube digestif ne sécrètent pas encore leurs diastases, ou dont la sécrétion est modifiée ou diminuée, l'assimilation de ces bouillies se fait mal.

D'autre part, dans de nombreux troubles gastro-intestinaux dus à des fermentations occasionnant une virulence de la flore bactériologique, le lait extrêmement mal supporté doit être remplacé par des hydrocarbones empêchant les putréfactions azotées d'où la nécessité de donner des bouillies semi-digérées (bouillies maltées).

A l'aide de l'amylodiastase, on peut rendre pratique et rapide l'application de cette idée.

En effet, l'amylodiastase étant un extrait d'orges germées, renfermant, sous un très petit volume, la totalité des principes naturels solubles et solubilisables de l'orge germée, obtenu en transformant par des procédés particuliers le contenu du grain et en concentrant ensuite le tout à l'état sirupeux, pour assurer la conservation indéfinie, nous avons en elle un moyen de préparer instantanément des bouillies maltées *sans aucune manipulation spéciale.*

Pour cela, une fois la bouillie ordinaire faite, on laisse descendre la température, et on y adjoint une cuillerée à café de sirop d'amylodiastase ; en quelques secondes la bouillie est liquéfiée.

Les avantages de ce procédé sont :

1° De ne pas exiger de farines spéciales ;

2° D'être extrêmement simple, toute mère de famille sachant faire la bouillie ;

3° De pouvoir faire instantanément le maltage, sans nécessiter une longue préparation préliminaire ;

4° De permettre de faire prendre le sirop d'amylodiastase avant ou après la bouillie, ou mélangée à celle-ci.

(THÉPÉNIER. *La Clinique*, 30 juillet 1909, p. 488.)

Sur la perte de l'immunité vaccinale chez les enfants de moins de 10 ans.

Une statistique établie par le docteur Pol Serrière, de Foug (M.-M.), démontre qu'il n'est pas inutile de pratiquer la revaccination en masse de tous les enfants des écoles.

Il a réuni quatre-vingt-onze cas d'enfants des écoles revaccinés avec succès par lui. Tous ces enfants avaient subi avec succès la primo-vaccination.

4 d'entre eux avaient	2 ans	
4	—	3 —
8	—	3 —
11	—	5 —
13	—	5 —
13	—	6 —
13	—	7 —
18	—	8 —
20	—	9 —

Ces enfants, d'après la loi, n'étaient pas tenus d'être vaccinés : ils ne devaient l'être que s'ils étaient entrés dans leur onzième année au moment de la séance de revaccination (Décr. du 27 juillet 1903, art. 6.).

Le succès de la revaccination chez quatre-vingt-onze enfants prouve que l'immunité peut se perdre bien plus vite qu'on ne l'enseigne, au bout de la première et de la deuxième année qui suit la primo-vaccination ; qu'elle se perd plus souvent après les troisième, quatrième, cinquième et sixième années, et qu'elle est très souvent perdue après la septième et la huitième année, et qu'ainsi des enfants vaccinés avec succès après leur naissance peuvent être en état de réceptivité pour la variole entre les deux périodes légales de vaccination.

Si donc, en temps ordinaire, on peut se conformer à l'article 6 du décret du 27 juillet 1903, en temps d'épidémie il ne faut pas craindre de ne pas s'en tenir à cet article 6 et de procéder aux revaccinations en masse de tous les écoliers et de considérer comme secondaires l'isolement des malades et la désinfection de leurs habitations, même insuffisantes pour arrêter le fléau de la variole, dont le seul ennemi mortel est le vaccin. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1909, p. 542)

Traitement de l'intoxication par le gaz d'éclairage.

Il faut : arracher le plus vite possible le malade au milieu délétère ;

L'asseoir, et non le coucher, afin de diminuer la congestion encéphalique ;

L'asperger d'eau froide ;

Frictionner énergiquement les membres inférieurs ;

S'il ne respire plus, pratiquer la respiration artificielle, recourir au besoin aux tractions rythmées de la langue, selon le procédé de Laborde ;

Pratiquer *le plus rapidement possible* une saignée, qu'on fera au besoin avec un instrument de fortune, canif, ciseaux, à défaut de lancette ou de bistouri. On retirera environ 4 à 500 grammes de sang.

Dès que la saignée est finie, on posera des ventouses au niveau de la base des poumons, en avant et en arrière, sur les parties latérales et en arrière du cou.

Ceci fait, on fera respirer au malade des torrents d'oxygène. On ne lui en fera jamais respirer assez ni assez longtemps.

Enfin, on administrera au malade le lavement purgatif du Codex :

Sulfate de soude	*àâ* 15 grammes.
Séné	
Eau	500 grammes.

Si on ne réussit pas avec ces moyens, on pourra essayer la transfusion du sang. M. Robin, dans un cas, a eu un succès par une injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum physiologique. Certaines observations ont été publiées qui montrent que ce cas n'est pas unique.

Il faudra ensuite traiter les accidents consécutifs.

Les *névralgies*, qui sont très fréquentes, ne devront pas être combattues par le pyramidon, l'antipyrine, la phénacétine, etc., parce que tous ces médicaments ont tous plus ou moins une action toxique sur les globules rouges, et que ceux-ci sont en train de se rénover.

Le meilleur médicament, ce sont les opiacés, qu'on donnera sous forme d'injection de morphine, sous forme d'extrait thébaïque, ou de suppositoires contenant de 10 centigrammes à 15 centigrammes de poudre d'opium brut.

Les *paralysies* sont justiciables de l'électricité combinée au massage méthodique.

L'*anémie* sera traitée par les ferrugineux, l'hydrothérapie, les bains sulfureux.

On donnera, deux fois par jour, 10 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène, de préférence avant les repas. (Albert Robin, *La Clinique*, 23 juillet 1909, p. 473.)

Les porteurs de méningocoques et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale par la désinfection de leur naso-pharynx.

La persistance du méningocoque dans le rhino-pharynx des malades atteints de formes frustes ou avérées de méningite cérébro-spinale, celle du même microbe chez les sujets sains ayant été en rapport avec des méningitiques ou d'autres sujets « porteurs de méningocoques », sont aujourd'hui classiques. MM. H. Vincent et Bellot (*Société médicale des hôpitaux*. 16 juillet 1909) estiment que le microbe pathogène peut se maintenir dans le rhino-pharynx pendant quelques jours, quelques semaines, voire même plusieurs mois. Ces porteurs constituent des agents anonymes de diffusion du méningocoque et sont plus dangereux que les malades eux-mêmes, parce qu'ils circulent sans obstacle et sèment autour d'eux le méningocoque avec leurs sécrétions naso-buccales. Leur nombre peut être très élevé en temps d'épidémie. Ce sont eux qui suscitent les cas de méningite en apparence spontanés. Pour prévenir les graves dangers de contagion par les porteurs, on peut recourir soit à l'isolement, soit à la désinfection de leur rhino-pharynx. L'isolement n'est guère applicable qu'à ces cas tout particuliers. Mais cette quarantaine, parfois très prolongée, n'est pas sans inconvénients. Elle peut provoquer la nostalgie : un porteur sain, jeune soldat, isolé pendant près de deux mois, manifesta l'intention de se suicider si on ne le mettait pas en liberté.

Divers moyens de désinfection ont été proposés pour détruire le méningocoque dans les fosses nasales : pulvérisations de sérum antiméningococcique desséché (Wassermann), de pyocyanase (Escherich), de protargol, etc. Ces moyens n'ont pas donné de résultats constants ou satisfaisants. Le microbe, si fragile en dehors du milieu humain, est en effet ici presque inaccessible, parce qu'il est protégé contre la stérilisation par le mucus et les replis des fosses nasales et du pharynx.

Les vapeurs iodées paraissent très antiseptiques et très diffusibles. Leur inhalation, combinée aux attouchements iodés du pharynx et aux gargarismes, a amené la disparition du méningocoque (contrôlée par plusieurs examens bactériologiques) au bout du quatrième jour.

Le mélange antiseptique employé a été le suivant :

Iode	20 grammes
Gaïacol	2 —
Acide thymique	0 gr. 25
Alcool à 60°	200 grammes

Une certaine quantité de ce mélange est versée dans un bol ou une capsule en porcelaine. Celle-ci est elle-même plongée dans une cuvette remplie d'eau très chaude, afin de faciliter le dégagement des vapeurs antiseptiques. Les vapeurs sont inhalées lentement par le nez, pendant trois minutes, quatre ou cinq fois par jour.

En outre, matin et soir, il est nécessaire de badigeonner les amygdales et le pharynx du porteur de méningocoques avec la glycérine iodée au trentième. Enfin le sujet se rince fréquemment la bouche ou se gargarise avec l'eau oxygénée au dixième.

Ces moyens sont inoffensifs. Les vapeurs iodées sont parfaitement tolérées. Elles laissent un goût et une odeur d'iode persistant pendant plusieurs minutes.

Les ensemencements du mucus rhino-pharyngé décèlent d'abord la diminution du nombre des méningocoques, et leur disparition à partir du quatrième jour.

Les essais ci-dessus ayant été faits chez l'adulte, il conviendrait, si on les appliquait chez les enfants, d'employer pour les inhalations un mélange iodo-gaïacolé un peu plus dilué. (*Journal des Praticiens*).

Sur la possibilité de conserver les animaux après ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnésium à leur nourriture.

Chez les animaux *éthyroïdés* l'élimination de l'acide carbonique est augmentée dans l'urine, ce qui prouve que ce corps est produit en plus grande quantité ou qu'il est détruit en moins grande proportion dans le foie.

Les phénomènes de tétanie chez les animaux *paraéthyroïdés* semblent dus à l'acide carbonique; en effet, il suffit de faire ingérer 4 ou 5 grammes de carbonate de soude à un animal éthyroïdé depuis 24 ou 48 heures pour provoquer au bout de 1 à 2 heures des accidents typiques de tétanie.

L'ingestion simultanée de carbonate de sodium et d'un sel soluble de calcium ne produit aucun accident de tétanie chez les mêmes animaux.

L'ingestion d'un sel de chaux augmente l'élimination de l'acide carbonique dans l'urine.

Les sels de calcium et de magnésium suppriment la tétanie et s'opposent à la cachexie strumiprive qui suivent habituellement l'ablation de l'appareil thyroïdien.

L'administration prolongée des sels de chaux guérit les accidents dus à la thyroparathyroïdectomie et permet à l'organisme de créer une suppléance fonctionnelle du corps thyroïdien.

Les sels de chaux peuvent donc être employés en thérapeutique dans le traitement de tous les cas d'insuffisance thyroïdienne.

(Albert Froin, *Presse médicale*, 4 août 1909, p. 553.)

Infections à distance chez les ozéneux.

L'ozène ou rhinite atrophique fétide se caractérise essentiellement par une atrophie des cornets et de la muqueuse nasale, par la production, dans l'intérieur du nez, de croûtes verdâtres exhalant une odeur écœurante qui lui a valu le nom de *punaisie*, et par la présence de microbes divers dans les couches profondes de ces croûtes (rhino-bacille de Lœwenberg, *bacillus fœtidus* de Hajek, *bacillus mucosis* d'Abel, etc.).

Les infections que l'ozène détermine dans le voisinage immédiat des fosses nasales sont actuellement bien connues. Telles les sinusites ozéneuses à marche lente et les tubo-tympanites qui font suppurer l'oreille moyenne. Le pus qui sort de ces cavités voisines porte en lui l'odeur *sui generis* de l'affection nasale.

Moins connues sont les infections qui se produisent à une certaine distance. Il s'agit surtout de complications sur les appareils digestif et respiratoire, sur les ganglions, les yeux et les centres nerveux.

Certains cas de dyspepsie ne connaissent pas d'autre cause et il n'est pas difficile de comprendre comment ces croûtes infectes, tombant dans l'œsophage, iront contaminer les muqueuses stomacale et intestinale.

L'ozène trachéal a été signalé depuis longtemps par Luc.

Mais il y a plus, et des faits ont été publiés qui tendent à prouver que l'ozène peut être la cause efficiente de tuberculose pulmonaire.

Depuis longtemps, Guénod, Terson et Gabrielidès (*Arch. d'Opht.*, 1894) ont signalé le rhino-bacille de Lœwenberg dans les culs-de-sac conjonctivaux des punais, et les oculistes se garderaient bien d'opérer une cataracte chez un ozéneux en période active de son affection. (Castex. *Journal des praticiens*, 31 juillet 1909.)

Dr Francis.

SOCIOLOGIE

Le suicide chez les malgaches;

par

E. Jourdran, Médecin-Major de 1re classe des troupes coloniales, Docteur ès sciences, de l'Université de Paris, Ancien Directeur de l'École de Médecine de Tananarive.

et

M. Fontoynont, Directeur de l'École de Médecine de Tananarive.

(*Suite et fin*) (1)

2e *observation*. — Suicide de Raberiaka, 19 février 1904, à 9 h. 1/2 du matin.

Raberiaka était âgé d'environ 15 ans. Il n'avait pas de carte (2) mais devait en payer pour 1904. Il était de race noire comme les anciens esclaves, les cheveux crépus. Sa mère, qui vit encore, 35 ans, de race nègre également, a eu depuis Beriaka, son premier né, quatre rejetons de types divers, issus de pères inconnus, les cinq enfants sont fort probablement de pères différents.

Beriaka vivait aux environs de Tananarive chez un prospecteur M. D..., depuis cinq ans et servait de boto (domestique) depuis dix-huit mois. Il était au 19 février veuf depuis 10 jours (la perte de sa femme est du reste ce qui l'a amené au suicide). Il était marié depuis onze mois. La carte qui allait lui être délivrée devait porter mention de ce mariage pour lequel un petit cérémonial était projeté.

Beriaka se tua avec un fusil Snider rogné à 7 cm. au-dessus de la sous-garde et ne mesurant plus que 90 centimètres. Cette arme figurait en panoplie à la salle à manger, dans la chambre de M. D., dans une caisse non fermée, se trouvaient des cartouches du calibre avec nombre d'autres pour différentes armes.

Le 19 février, vers 9 h. 1/2, M. D..., entendit de l'étage de sa maison des voix nombreuses et d'un ton insolite sortant de la verandah.

— Qu'y a-t-il ?

— Monsieur, répondit-on, c'est Beriaka qui vient de se tuer avec un fusil et nous avons peur, dit le mpiadidy (1).

— Est-ce qu'il bouge encore ?

— Il bouge, mais il ne peut pas se mettre debout.

— « Eh bien, apportez-le de suite.

C'était à 250 mètres, M. D., vit donc arriver le blessé, qui lui avait, deux heures auparavant, préparé le café.

Beriaka déposé dans une case vide était pâle et couvert de sueurs.

Peu après, le malheureux mourait à moitié route de l'Hôpital d'Anosy où son maître l'avait envoyé.

Beriaka s'était tué en se penchant contre son arme qu'il ne prit pas soin d'appuyer et en faisant partir la gâchette avec sa main.

Beriaka était marié depuis presque un an à une fillette de treize ans qu'il rendit enceinte aussitôt. A l'approche du terme, quelqu'un de la maison ne la voyant pas très bien la fit porter en filanzana chez des parents.

Là-bas, la sage-femme constata une dystocie. Elle fut portée à l'hôpital voisin tardivement, l'enfant étant mort et déjà putréfié et la jeune parturiente succomba.

Quand Beriaka apprit cette mort, il s'affaissa et parut désespéré.

Son maître le consola et promit de le remarier. Il accepta en pleurant.

Il répétait qu'il lui fallait une femme petite comme lui et comme Raketamanga la morte.

Ce fut chose entendue et une femme du pays écrivit à Alasaora, village voisin, pour que la mère prévenue vienne immédiatement.

Le 6e et le 7e jour après la mort de sa femme, Raberiaka faisait juste son service bien simplifié et se sauvait dans les hautes herbes pour pleurer.

On le ramenait de là, il souriait d'un air idiot, c'était tout.

Le huitième jour, il demanda de la bougie, car il ne pouvait passer la nuit sans voir clair, disait-il, il était sûr que Raketamanga était venue le voir la nuit précédente et que c'est seulement parce qu'il faisait noir qu'il n'avait pas pu la retenir. On lui remit de la bougie en le raisonnant.

Le lendemain matin, on trouva brûlés les rideaux en rabane qui garnissaient sa fenêtre de l'est et un canapé en zozoro, sur lequel il couchait. Il avait essayé pendant la nuit de mettre le feu à sa case et de se suicider ainsi. C'est sa 1re tentative de suicide.

Il partait, après avoir servi le déjeuner du matin, en pleine brousse. Telolahy, un autre domestique, gardait les bœufs de ce côté. Il le ramena lui-même en disant que Beriaka parlait seul et qu'il avait bu de l'eau contenant des Tsingalas (2) pour se tuer, qu'il allait mourir. Il n'en fut rien. Ce fut la 2e tentative de suicide.

Le soir de ce même jour, on le surprend au moment où il allait boire des produits photographiques rangés dans une armoire,

(1) Voir le dernier numéro.

(2) Les indigènes, à partir de 16 ans, sont astreints à l'impôt personnel et doivent tous posséder une carte individuelle où se trouve mentionnés les versements effectués; les femmes en sont dispensées.

(1) Chef de village.

(2) Les tsingalas sont de petits insectes aquatiques du genre ditysens. Les malgaches sont persuadés que le fait d'absorber ces animaux en même temps que l'eau occasionne la mort, ce qui est absolument faux.

que Beriaka savait toxiques pour l'avoir entendu dire à son maître. Ce fut la 3e tentative de suicide.

Enfin, le jour où il se tua d'un coup de fusil, il parla longuement d'Ambondrombe (1) et de l'espoir qu'il avait d'y retrouver Raketamanga. On lui promit de le remarier. Rien n'y fit.

Somme toute, neuf longs jours s'étaient écoulés en saison des pluies, dans ce silence et cet isolement de Maujaka, bien fait pour agir sur un moral déprimé.

Beriaka se tua pour retrouver sa femme. Il avait écrit 4 lettres avant de mourir et dans la 4e sa résolution est prise. Il prévient le mpiadidy et distribue ses richesses et plus particulièrement ses cochons, dont deux gras. Il prend congé du monde avant de disparaître. Il regrette que sa mère ne soit pas venue assez tôt guidant une « fiancée neuve et consolatrice ».

Quelles visions a pu avoir cette nature primitive bourrée de prêches, de lectures d'Apocalypse prises dans le « fiangonana », (l'église, le temple) ! mystère !

L'amour, qui fait germer de si grandes vertus, fait aussi commettre de grands crimes, chez les civilisés comme dans les races primitives.

Comme la bête blessée, qui cache ses souffrances dans son terrier, comme la femelle qui a perdu ses petits et qui hurle sa douleur à tous les échos de la nuit, ainsi Beriaka a été frappé dans ce qu'il avait de plus cher.

Marié jeune, à une enfant qu'il aime, sa compagne dans ces solitudes désolées de la brousse malgache, il est inconsolable, quand il se retrouve tout seul. Pour lui, sa femme n'est pas morte tout entière, elle vient le revoir la nuit dans ses insomnies et ses cauchemars. Il veut la retrouver et il se tue.

Analysons les lettres trouvées dans la poche de son pantalon après sa mort :

1re *lettre* :

A vous Ramatoa :

Excusez-moi car j'ai honte de vous dire cela et de vous faire parvenir cette lettre, je demande à votre bon cœur et je vous implore dites-moi et répondez-moi vite. N'attendez pas trop votre réponse, mais hâtez-vous ma maîtresse.

2e *lettre* :

A Monsieur Rainibao à Ambohidrano ;

A Anosy se trouve ma femme, car elle est malade et bien malade, et il faut que vous partiez tout de suite. Au revoir vous tous, j'habite maintenant à Manjaka.

Signé : Raberiaka.

P. S.— Rakelamanga, mardi soir, est partie vers Dieu (littéralement) : est décédée.

Samedi soir, les bœufs et Vahaza (2) dorment à la campagne et dimanche soir Rainizanajaza était ici à Manjaka.
Mardi soir, ma femme était enterrée à Tananarive chez sa mère.

3e *lettre* :

A Monsieur Rainizanajaza Mpiadidy à Manjaka d'Ambohimanga à Antshafila.

Deux cochons sont à Raiva et la truie est pour Raberiaka. Maintenant, j'accompagnerai Ratekamanga et je ne resterai pas seul.

4e *et dernière lettre* :

A Razanaka :

Je vous visite. Comment allez-vous ? car nous, nous sommes en bonne santé, et avez-vous déjà vendu les cochons ou bien sont-ils encore ici, car s'ils sont ici, ne vendez pas car on les engraissera avant de les vendre ? ....

....

Et les cochons qui sont ici, à la mort de Raketamanga, ma femme, au nombre de cinq, ont été tués mardi et il faut me secourir un peu et ne pas m'abandonner et m'apporter une autre femme jolie et sage, car celle que j'avais est déjà morte.

Ne prenez pas une fille trop grande, trop âgée, mais celle qui conviendra ; nous sommes ici à Manjaka avec Ramatoa Razafy. Et il faut venir ici, car Razanaka vous regrette et quand vous viendrez si vous n'avez pas déjà trouvé cette jeune épouse pour remplacer celle que j'ai perdue, ne venez pas inutilement, car je ne veux plus rester seul.

Au revoir.

Raberiaka, à Manjaka.

P. S. — Si elle est laide, inutile de l'apporter pour ne pas la faire retourner inutilement, mais amenez-moi une jolie fille.

Raberiaka, domicilié à Manjaka.
Avaradrano, 21 février.

Dans cette observation, nous avons affaire à une exaltation amoureuse confinant à la folie.

Du jour où Raberiaka a perdu sa femme, il est obsédé, il est en proie à la dépression morale.

Il supplie sa mère de venir vite, de ne pas le laisser seul à la campagne. Il la conjure de lui amener une autre petite femme semblable à la première, jolie comme elle. — L'image de celle qu'il aimait le poursuit dans ses rêves ; il a des cauchemars, il croit la revoir et il veut dormir avec de la lumière pour l'empêcher de s'enfuir quand son fantôme se dresse devant lui dans les ténèbres de la nuit. Il est inconsolable. Quand il a fini son travail, il va se cacher dans les hautes herbes (dans le tanety) pour pleurer.

Il néglige un peu son travail. La douleur de cette âme simple, de ce rude cœur de campagnard, est réellement poignante.

Enfin, la volonté chez lui fléchit il ne veut point survivre à celle qu'il aime et qu'il ne croit pas morte, mais transportée dans le monde de l'au-delà et il se tue pour la retrouver.

S'il la croit transportée dans un au-delà auquel il aspire lui-même, c'est qu'il a foi dans les promesses chrétiennes, c'est qu'il pense retrouver sa femme et surtout les jouissances physiques dont il est privé. Raberiaka, absolument illettré mais intelligent avait, nous a dit son maître, appris lui-même à lire et à écrire avec l'aide de quelques autres domestiques moins illettrés. Depuis ce temps, il lisait (sans comprendre d'ailleurs le plus souvent), une bible traduite en malgache.

Autre observation de tentative de suicide.

Dans ce cas, nous allons voir encore intervenir le déséquilibrement, grâce à une instruction trop intensive et toute superficielle qui, en désorientant le système nerveux, permet à la jalousie d'intervenir et de créer des conceptions délirantes.

Ra....., 29 ans, d'Anjanahary, écrivain interprète.

Antécédents personnels : Syphilis acquise à l'âge de puberté (chancre de la verge) et paludisme depuis le commencement de la dernière épidémie, il y a donc quatre ans.

Il ignore de quoi est mort son père. Sa mère est morte, il y a 3 ans, d'un cancer du sein. Ses ascendants n'étaient pas alcooliques. Ils ne semblent pas avoir été des névropathes.

Il est fils unique.

Marié de bonne heure, comme presque tous les Malgaches, il a eu trois filles qui se portent bien et n'ont pas de tare nerveuse.

La 1re de ses filles a, à l'heure actuelle, cinq ans ; les 2 autres sont jumelles et âgées de 3 ans.

Il a perdu en juillet dernier sa femme, mais n'en eut pas beaucoup de chagrin, car il avait déjà depuis longtemps reporté son affection sur une maîtresse. Sa maîtresse, qui depuis la mort de sa femme, était venue vivre avec lui, le quitta le 8 octobre pour chercher un autre amant. Cette fuite coïncida avec la nouvelle de la révocation de son emploi, basée sur de nombreuses absences et des négligences dans le service.

Du jour où il avait pressenti l'abandon de sa maîtresse, il était devenu de caractère bizarre, irritable, incapable de travailler, ce qui explique ses absences du bureau auquel il était attaché

(1) Ambondrombe est le lieu où, d'après les croyances malgaches, errent les ombres de ceux qui ne sont plus. C'est leurs « Champs-Elysés ».
(2) Etranger au pays ; le maître européen en la circonstance.

comme écrivain interprète. La fuite de sa maîtresse et sa révocation déséquilibrèrent totalement sa raison.

Dans la soirée, il quitta sa maison, et vint à la campagne, tout au soir frapper à la porte d'une de ses tantes. On vient lui ouvrir mais on ne trouva personne. Il s'était caché. Il en fut ainsi plusieurs fois. Finalement, on se saisit de lui ; la tante fut tout étonnée de voir son neveu.

Il raconta ses ennuis ; on le calma et on le fit coucher ; mais il ne put dormir à cause des cauchemars dont il ne se souvient plus mais qu'il se rappelle avoir été terrifiants.

Le lendemain matin étant seul dans sa chambre, « de plus en plus dégoûté de l'existence », comme il dit, il saisit un couteau et tenta de se couper la gorge. Il se fit, en effet, une plaie transversale au niveau de l'espace crico-thyroïdien longue d'environ deux centimètres, allant jusqu'au conduit aérien, mais ne l'intéressant pas, désespérant de réussir et sans doute parce que la douleur, l'avait arrêté, il se fit au niveau du creux épigastrique une plaie longue de 10 centimètres, plaie toute superficielle n'intéressant que la peau (1).

N'ayant pas encore réussi, il essaya finalement de s'amputer la verge au niveau du scrotum et se fit à l'union des bourses et de la verge une plaie transversale demi-circulaire intéressant tous les tissus jusqu'à l'urèthre, mais respectant ce canal.

Il en était là quand son oncle, par hasard, rentra chercher à la maison un objet oublié et trouva son neveu tout souillé de sang un couteau à la main. La tante qui était au rez-de-chaussée accourut aux appels de son mari, puis alla chercher un médecin qui pansa les plaies et envoya le blessé à l'hôpital.

Là, il resta plusieurs jours en proie à une vive agitation entrecoupée de périodes de dépression. Il dût être surveillé pour ne pas être exposé à se blesser de nouveau. Il restait le jour morose et silencieux, les yeux fixes, comme sous le coup d'une obsession, et cela durait plusieurs heures, puis tout à coup sans raison était pris d'agitation. Il fléchissait et étendait alternativement tous les membres, sans arrêt pendant plusieurs heures. Les crises ont duré ainsi de quatre à six heures. A la fin, exténué, il retombait dans son état de mutisme et d'abattement.

Pendant la nuit, il était atteint de délire et proférait sans discontinuité et avec volubilité des paroles incohérentes dans lesquelles revenait sans cesse un seul mot nettement articulé, le nom de sa maîtresse.

Si on l'observe pendant ce délire, on constate qu'il a les paupières fermées mais frémissantes, que ses lèvres tremblent. En soulevant les paupières, on constate une forte dilatation pupillaire sans grande réaction à la lumière.

Son état mental s'améliora dès le 3e jour de son entrée à l'hôpital et lorsqu'il sortit le 10e jour, il était guéri.

Ra.... n'est pas buveur, il fume, mais très peu, le tabac. Il n'a pas fumé de chanvre, c'est un garçon intelligent, instruit. Nous n'avons trouvé chez lui aucun des signes dits hystériques. Sa sensibilité est normale, ses organes des sens semblent normaux.

Il est, comme nous le disions précédemment, facile de constater dans ce cas une déséquilibration du système nerveux et surtout de l'intelligence due à un surmenage cérébral intensif accompagné, comme chez tous les jeunes malgaches, d'abus vénériens précoces ; une indigestion de civilisation, si l'on nous passe l'expression, ce qui a permis au délire jaloux, qui selon un vieil auteur « passe en tourmentant toutes les géhennes » d'obnubiler complètement ce cerveau fatigué avant l'heure.

La déviation d'idées religieuses mal comprises ou une instruction superficielle mal absorbée ne sont pas d'ailleurs les seules causes de suicide, quoique tenant de beaucoup le premier rang chez les Malgaches. Le désespoir d'amour, la crainte du châtiment et peut être le remords entrent parfois en ligne de compte, tels les faits suivants au sujet desquels nous n'avons aucune observation détaillée et que nous nous contentons de relater :

En 1906, un boto (domestique), employé à l'Hôpital militaire de Soavinandriana à Tananarive, au service des infirmiers, se donne un coup de couteau de cuisine dans la région épigastrique sur la ligne médiane allant jusqu'au foie. — Cet indigène, qui avait volé les infirmiers depuis longtemps, avoua s'être frappé parce qu'il était dégoûté de lui-même. Il avait trop volé.

(1) Les malgaches croient que le siège de la vie est le creux épigastrique, l'estomac. Aussi avons-nous vu plusieurs fois dans des tentatives de suicide des plaies du creux épigastrique.

En 1908, un milicien se tue d'un coup de fusil à Tamatave craignant la découverte de ses vols commis dans un magasin.

Enfin, le désespoir d'amour que nous relations dans une des observations précédentes se retrouve dans le cas de Levao, qui tente de se donner la mort à Maevatanana en avalant de l'acide sulfurique.

Deux Sakalava pour le même motif avalent du latex de la plante appelée « Famata ».

Que déduire de tout ceci ? à savoir : la grande impressionnabilité de la race malgache, dont le cerveau, comme une cire molle, peut subir toutes les empreintes qu'on lui donne.

Facilement imitateur, le Malgache serait capable de se tuer par une sorte de snobisme, pour faire comme les Européens, de même qu'il imite toutes nos modes et tous nos usages mondains.

Sa mentalité n'est pas exempte de cabotinage. Voyez la phrase de Raobelina « Je pense que personne ne s'attendait à ce que je me tue ».

Est-il utile de donner à l'ensemble de la population malgache une instruction étendue et de vouloir absolument lui faire adopter nos mœurs et nos coutumes.

Nous ne le pensons pas ; nous y voyons même un danger.

Laissons-lui ses idées, son culte des morts, ses usages nationaux, comme la circoncision, son organisation familiale, sa sentimentalité d'oriental, épris de musique. Respectons l'organisation de la commune indigène ou du Fokon'olona comme on a respecté en Extrême-Orient la commune annamite et le mandarinat.

Conservons à la race hova son aristocratie, son hégémonie séculaire et guidons-la doucement, par la main, dans les larges routes ou sa mentalité encore un peu débile lui permet de marcher à la tête des autres tribus encore moins avancées qu'elle.

C'est toute une évolution, qui doit être lente et proportionnée, sous peine de voir se produire des déséquilibrements de la raison comme ceux que nous avons envisagés dans cette étude.

N'oublions pas que le suicide chez les Malgaches est encore extrêmement rare, que nous avons pu à grand'peine seulement recueillir les quelques faits précédents, mais aussi que le suicide, avant notre occupation, était chose inconnue.

Puisse cette étude servir de base à des études ultérieures plus complètes ; car nous avons la conviction que les psychoses augmenteront rapidement de nombre.

CORRESPONDANCE

Congrès de Budapest.

Dans le numéro 30 du *Progrès Médical* nous avons inséré la lettre des médecins roumains, expliquant leur abstention au prochain Congrès International de médecine. Il semble juste de mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre ouverte suivante adressée par le professeur Hugo Preiss au Comité roumain (1) :

Vous m'avez adressé votre circulaire qui devait expliquer à nos confrères étrangers votre abstention au Congrès international de Médecine de Budapest. Tous ceux à qui vous avez jugé bon d'envoyer votre écrit doivent pouvoir donner leur opinion.

Les frottements et les haines des nationalités envers la Hongrie me laissent habituellement froid ; elles sont hélas ! déjà anciennes, et depuis ma jeunesse les causes m'en sont bien connues. Mais jamais je ne me suis senti poussé à exprimer mon opinion sur une agitation antihongroise que depuis que j'ai lu votre circulaire. Je peux le faire sans réserve, car j'ai pour lieu d'origine une région où les nationalités sont mélangées et où la langue maternelle n'est pas hongroise. J'ai donc une expérience directe sur le sort des langues étrangères et des nationalités en Hongrie.

Je trouve votre argumentation rien moins que convaincante, car elle est illogique. Si vous avouez que la science est internationale, que vous avez le souci de fraterniser et d'entretenir la paix et les bons rapports entre les peuples, vous devriez et pourriez assister tout simplement aux débats scientifiques du Congrès, en restant libres, conformément à vos sentiments nationaux, de renoncer aux « réjouissances

(1) In *Pester Lloyd*, 21 juillet 1909.

de Buda-Pesth ».Vous avez mieux aimé vous abstenir complètement.

Je pense que vous auriez dû craindre que les lecteurs de votre circulaire ne vissent percer dans votre décision plutôt la haine contre la Hongrie que l'amour de la science et de la bonne confraternité.

De plus, quand un comité composé de médecins roumains veut faire croire à l'univers, au nom de la civilisation, qu'on peut, en Hongrie, être traduit en justice sans raison juridique et qu'un juge peut impunément vous condamner ; et quand Messieurs les membres du Comité clament au monde entier qu'en Hongrie une personne a été condamnée à la prison pour avoir dit aux enfants roumains, dans une école, que «c'était leur droit et leur devoir de cultiver leur langue maternelle », cela, dis-je, touche au comique, même pour ceux qui ne sont pas au courant de ces choses de Hongrie. Et tels lecteurs de votre circulaire ont pu se demander, avec raison si l'ardeur de votre haine contre la Hongrie n'a pas de motifs plus sérieux.

Si votre circulaire n'est pas prise pour une agitation politique très ordinaire, où l'affaire de Madame A. Vlad n'est qu'un prétexte tiré par les cheveux, alors vous n'avez qu'une excuse, mais elle est bien maigre : c'est la méconnaissance des rapports des nationalités en Hongrie. Comme savants, à la recherche constante de la vérité, vous auriez dû vous montrer, en venant chercher sur place des expériences, avant de charger votre conscience, devant les médecins de l'univers, d'accusations aussi lourdes.

Mais comme il y a parmi vous des hommes, comme le professeur Babès, auxquels les rapports de nationalités en Hongrie ne peuvent pas être étrangers, c'est donc qu'en rédigeant votre circulaire vous avez cédé à une influence regrettable. Oui, la Hongrie aurait pu mériter bien auparavant votre déconsidération pour n'avoir pas visé plus énergiquement à assurer son hégémonie à l'égard des autres nationalités et à obtenir pour la langue du pays une importance plus générale.

Dr Hugo Preiss,
Professeur à la Faculté de médecine
de Budapest.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 juillet.

Albumino-réaction des crachats. — M. *F. Bezançon*, à propos de la récente communication de Roger et Lévy-Valensi, rappelle qu'avec I. de Jong il a signalé l'importance de la constatation d'un exsudat albumineux dans les crachats pour le diagnostic différentiel : de l'œdème aigu du poumon avec les catarrhes muqueux de l'emphysème ; des bronchites albuminuriques avec les bronchites banales. Dans la tuberculose il n'a trouvé cet exsudat que dans les formes pneumococciques et dans la phtisie galopante. Il préfère à la méthode chimique pour la recherche de l'albumine la méthode histochimique par coloration avec le bleu polychrome de Unna.

Intoxication sulfo-carbonée professionnelle produisant une névrite périphérique du membre supérieur. — MM. *Lortat-Jacob* et *Sabareanu* rapportent cette observation : Jeune fille travaillant le caoutchouc, présenta des troubles localisés au membre supérieur droit. Diminution graduelle sous l'influence du traitement.

Anémie grave avec métastases cancéreuses dans la moelle osseuse. — MM. *Parmentier* et *Chabrol* rapportent l'observation : cancer de l'estomac ; hypoglobulie extrême, leucopénie, myélémie intense. A l'examen histologique de la moelle osseuse, on retrouva de petits noyaux d'éléments cancéreux rappelant les caractères de la tumeur épithéliale primitive. Les auteurs entreprennent l'étude des anémies par métastases cancéreuses dans la moelle des os.

Amaurose subite au cours d'une fièvre typhoïde. Œdème de la papille. Hypertension du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide par ponction lombaire. — MM. *Widal, Joltrain, Weill*, ont observé chez un jeune homme, au 9e jour d'une fièvre typhoïde, sans signes d'irritation méningée, l'apparition d'une amaurose complète. A l'examen ophtalmoscopique œdème de la papille bilatéral. La ponction lombaire amena, sous forte pression, un liquide clair normal. Amélioration progressive et guérison après une deuxième ponction. Donc c'était bien l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui était cause de l'œdème de la papille et de l'amaurose. L'examen de la tension artérielle, qui était au-dessous de la normale, permet de séparer ce cas de ceux étudiés par Vaquez, où l'amaurose transitoire est due à l'hypertension artérielle (saturnisme). Les constatations ophtalmoscopiques permettent également de séparer ce cas des amauroses hystériques.

Un cas de diabète grave. Discussion de l'origine traumatique. — MM. M. *Labbé* et *Vitry*. — A la suite d'un traumatisme, au dire de la malade, éclate un diabète grave : 600 gr. de glycose par jour. La réduction des hydrates de carbone ramena la glycosurie à 120 gr. L'ingestion de viande la fit monter à 170 gr. Donc ; tolérance nulle pour les hydrates de carbone, transformation des albumines en sucre. Légère azoturie. L'origine traumatique du diabète a un intérêt au point de vue de la loi sur les accidents du travail. Dans le cas particulier, les auteurs ne croient pas à l'origine traumatique.

Ictère hémolytique congénital. Autopsie. — MM. *Caudy* et *Brulé* ont fait l'autopsie d'une malade atteinte d'ictère hémolytique et dont ils avaient déjà rapporté l'observation. Une fièvre typhoïde enleva la malade qui a présenté des vomissements répétés et une brusque poussée hémolytique. L'autopsie montra des lésions analogues à celles qui ont été signalées par Vaquez et Giroux et par M. Œttinger : intégrité des voies biliaires, foie congestionné sans cirrhose ni angiocholite, congestion pulpaire intense de la rate, réaction intense de la moelle osseuse, très peu de surcharge pigmentaire des organes.

Ulcère et dilatation de l'œsophage. Varices et spasme au cours d'une cirrhose du foie. — M. *Abrand*. — Dans la région du cardia, fortement variqueux, s'est développé sans douleurs et sans hématémèses un ulcère. Examen œsophagoscopique. L'auteur se demande quel rôle jouent le spasme et les varices par rapport à l'ulcère et réciproquement. Il présente un nouveau dilatateur pour traiter les spasmes du cardia.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Exploration clinique des voies biliaires et de l'intestin par la réaction du sublimé acétique. — *H. Triboulet*. — Dans une série de communications antérieures, l'auteur a fait connaître les résultats pratiques (simplicité et rapidité) fournis en clinique par cette réaction ; elle permet de dénoter (quelles que soient les apparences) le caractère normal ou anormal d'une selle.

La réaction verte de bilirubine oxydée, normale chez les tout jeunes enfants au sein, fait place tôt ou tard à une réaction, rosée (hydrobilirubine ou stercobiline) qui, pour le reste de l'existence, devient la réaction *normale*.

Comme réaction anormale, on a tous les degrés, depuis l'acholie pigmentaire totale (tubes blancs comme le lait) jusqu'aux tubes gris-rosé, gris-vert, jaunâtres et aussi des réactions excessives, où, au pigment normal, s'adjoint un pigment anormal rose, rouge, violet ou brun.

Des recherches de contrôle ont montré que ce pigment, excessif dans son intensité, est un pigment anormal. témoin d'une infériorité fonctionnelle du foie. La réaction de Weber (teinture de gaïac) ou la réaction possible à la phénolphtaline dénotent dans ces pigments la réaction possible de l'hémoglobine, c'est-à-dire un état de transformation incomplète de celle-ci vers la bilirubine. Ce sont des pigments inférieurs fabriqués par un foie surmené (hyperthermie, crises, intoxication).

A côté des variations colorées, la réaction montre, au-dessus du dépôt des tubes, un liquide tantôt trouble, tantôt à peine troublé, quelquefois tout à fait clair. Le trouble, coloré ou non, indique une émulsion normale des graisses, donc un bon fonctionnement bilio-intestinal.

L'auteur a reconnu que la réaction de stercobiline se fait plus spécialement aux abords de la valvule iléo-cæcale ; la réaction du trouble, dans les 4/5 supérieurs de l'iléon.

Ainsi documenté, on peut étudier des désordres digestifs, des entérites, en précisant approximativement les segments de l'intestin qui sont atteints.

Si l'on soumet tous les faits de pathologie infantile chroni-

ques ou aigüs *systématiquement* au contrôle de la réaction par le sublimé acétique, on arrive à voir que tous les états pathologiques retentissent plus ou moins soit sur le foie biliaire, soit sur les segments fonctionnels de l'intestin.

A l'aide de réactions colorées et de troubles d'intensité variable, on peut arriver, pour la plupart des observations de la clinique, à une appréciation presque exacte de la valeur digestive (intestin et annexe biliaire, d'un sujet donné. A un moment quelconque, on peut faire une véritable biopsie biliaire et intestinale. Comme les autopsies prouvent que le foie et l'intestin sont les plus puissants éléments de défense d'un être humain d'autant plus qu'il est plus jeune, tout ce qui précède conduit à établir des considérations pronostiques relatives de haute valeur.

Pour la plupart des cas : tant vaut la fonction biliaire et intestinale, tant vaut le malade. Valeur *relative*, mais non absolue, un sujet encore normal par ses fonctions digestives pouvant mourir de complications intercurrentes, tuberculose, etc.

Un cas d'albuminurie d'origine génitale. — MM. ***Le Fur*** et ***Rosenthal***.— Il s'agit d'un jeune enseigne de vaisseau de 2? ans qui, un an et demi après une blennorrhagie ne s'étant jamais bien guérie, compliquée de prostatite et de spermatocystite avec spermatorrhée, présenta une albuminurie de 3 grammes, parfaitement bien supportée et ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'insuffisance rénale. Cette albuminurie, qu'on aurait pu croire d'origine rénale, était en réalité d'origine génitale, ce qui a été prouvé par la constatation plus ou moins grande d'albumine après défécation, après massage de la prostate, par la présence d'une quantité considérable de spermatozoïdes dans l'urine.

Ces albuminuries d'origine génitale sont ordinairement peu importantes (de 10 centigr. à 1 gr. en moyenne) ; elles sont souvent confondues avec les albuminuries orthostatiques, physiologiques ou cycliques intermittentes, nerveuses, fonctionnelles ou phosphaturiques, etc. La seule façon de les reconnaître est de faire le cathétérisme de l'uretère et l'examen microscopique des urines.

Leur pronostic est excellent et ne saurait être une cause de refus d'assurance sur la vie. Leur traitement consiste, à l'exclusion du régime lacté et déchloruré, qu'on doit réserver aux albuminuries d'origine rénale, dans un régime fortifiant et tonique (bains de mer) une bonne hygiène génitale et le traitement des lésions locales.

Sonde uréthrale molle en métal.— M. ***Paul Salmon***. — Le principe de l'instrument est celui du ressort ; un fil métallique à spires serrées constitue le corps de la sonde. Cet appareil est à la fois souple et résistant, et en outre, d'une désinfection facile.

Premiers essais de sérothérapie et de vaccination antirhumatismale, modifications apportées à l'évolution du rhumatisme articulaire aigu par les injections du sérum des chevaux immunisés contre la bactérie anaérobie de l'hémobioculture (Sérum R) ; les wright-vaccins du rhumatisme. — M. Georges ***Rosenthal*** communique les premiers résultats de ses recherches commencées avec la collaboration de Thiroloix. Expérimentalement, le sérum est inoffensif, préventif à un titre qui peut atteindre 1 pour 176000 curateurs.

Cliniquement, il a une action certaine sur le rhumatisme articulaire aigü franc généralisé, il n'en a aucune sur les pseudo-rhumatismes infectieux. Cette action porte sur les phénomènes articulaires comme sur les manifestations viscérales, nerveuses (rhumatisme cérébral, chorée rhumatismale), rénales (albuminurie), etc.

Elle peut amener un arrêt du processus fébrile. Quelquefois héroïque et capable de juguler la maladie ; le sérum a le plus souvent besoin d'être aidé par une médication pharmaceutique. Mais son influence se reconnaît encore à ce fait que des doses minimes de pyramidon, d'antipyrine, à défaut de saliclate de soude, que des applications parcimonieuses de salicylate de méthyle amènent une guérison définitive de l'organisme, mordancé pour ainsi dire par le sérum.

D'ailleurs, le sérum ne doit pas être opposé au salicylate de soude : sérum R. salicylate de soude, injections colloïdales, forment la formule moderne du traitement de la crise rhumatismale.

Le sérum R a une action croisée expérimentale contre l'infection du bacille perfringens.

Mais le rhumatisme articulaire aigü est une maladie à répétition.

Pour lutter contre les rechutes. M. G. Rosenthal a, avec Chazarain, Wetzel, préparé un Wrightvaccin, c'est-à-dire une émulsion de bacilles de l'hémobioculture dans le sérum physiologique.

Sans vouloir donner de règles précises, il pense utile de faire à intervalles éloignés des injections de doses légères de ce vaccin pour combattre la répétition des attaques.

Cancer du vagin.—M. ***Jayle*** montre les pièces d'un cancer du vagin, à forme sténosante, qui a envahi en avant tous les tissus jusqu'au pubis, et en arrière tous les tissus jusqu'au delà du rectum.

Il en est résulté un rétrécissement cancéreux du rectum et un rétrécissement de l'urètre. En plus, le cancer a envahi la face postérieure de la portion sus-vaginale du col et la base des deux ligaments larges où les uretères sont comprimés.

De la compression des uretères est résulté de la dilatation de chaque côté avec hydronéphrose à gauche et pyélonéphrite suppurée à droite.

Enfin, il faut remarquer l'épaisseur des parois de la vessie qui atteint plus d'un centimètre, bien qu'il n'y ait aucun envahissement épithéliomateux à son niveau. E. Agasse-Lafont.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

4 au 9 août 1909.

Les acquisitions récentes sur la méningite cérébro-spinale épidémique (*Epidémiologie, sérothérapie, diagnostic bactériologique*), communication par M. Dopter (Voir en tête du journal, 1er article).

Traitement des angiomes et des taches de vin par la radiothérapie. —M. ***E. Albert Weil*** a traité par la radiothérapie 14 cas d'angiomes et de taches de vin, et il a toujours eu des succès symptomatiques et esthétiques :

Sur ces 14 cas, 4 étaient des angiomes sous-dermiques, diffus avec altérations accentuées des téguments, 2 étaient des tumeurs érectiles pédiculées avec altération considérable des téguments, 3 étaient des angiomes très profondément situés, 1 était un lymphangiome du dos de la main et 4 étaient des nævi plans ou taches de vin. L'auteur rapporte en détail les observations de 5 malades présentés guéris en mars 1909 à la Société de médecine de Paris.

Il conclut en rappelant tout le bruit fait autour de la thérapeutique des angiomes par le radium et en montrant que tout ce que donne le radium en ce cas particulier peut être obtenu par les Rayons X *méthodiquement employés*. C'est un fait important, car le traitement par les Rayons X est à la portée de tout le monde, alors qu'au contraire le traitement par le Radium, nécessitant une assez grande quantité de sel pur et, par suite, un appareillage extrêmement coûteux, est un traitement qui ne peut être généralisé.

Contribution à l'étude du traitement de la scoliose : Auto-modeleur de Mencière à pression pneumatique pour le modelage du thorax et le redressement du rachis. — M. ***Louis Mencière***, chirurgien de la Clinique de Chirurgie orthopédique de Reims. — expose son procédé de traitement dans la scoliose. Il consiste en un véritable auto-modelage du thorax que le sujet obtient par la gymnastique respiratoire, le thorax étant revêtu de l'appareil auto-modeleur de l'auteur.

Grâce à un dispositif spécial, il utilise la pression pneumatique. Cette pression continue et élastique suit le thorax dans tous ses mouvements d'inspiration et d'expiration et le sollicite à s'adapter à la forme de l'auto-modeleur.

Mencière décrit la construction de son appareil basée sur des données anatomiques et physiologiques. Il montre des dessins représentant l'appareil modeleur lui même, le générateur de pression le dispositif général pendant l'application du traitement. Ce procédé a donné à son auteur des résultats, là où les procédé habituels avaient échoué.

Contribution à l'étude du radium. — M. *Foveau de Courmelles*. Deux points : Le côté médico-légal, la meilleure utilisation thérapeutique.

1° Le radium étant monopolisé actuellement, et, sauf de rares exceptions, loué aux médecins, sous forme de tubes apportés, gardés et appliqués directement par des infirmières, sur les indications, *mais non le contrôle médical rendu impossible*, il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas là de médecine illégale. La question vaut d'être posée et examinée ;

2° L'ouverture de la peau par la scarification, l'électrolyse permet une meilleure pénétration et utilisation des radiations lumineuses, et, par suite, des trois sortes de rayons α, β, γ du radium.

Pour les nævi et les cancroïdes cutanés, une électrolyse positive légère permet à des doses dix fois moindres de sels radifères d'agir très rapidement et de les guérir, en appliquant ces sels en vernis et immédiatement après l'ouverture des tissus morbides. Le filtre d'ammonium, bon pour les épithéliomes cutanés, absorbe des rayons utiles dans le traitement des nævi.

ANALYSES

Nouvelles recherches pour diagnostiquer les crachats ; par les Drs Fritz Falk et Fritz Tedesko. (*Wiener klinische Wochenschrift* Jahr, XXII, n° 27, 1909.)

L'article est une étude sur la différenciation des crachats riches en mucine des maladies des voies bronchiques, avec celle des crachats riches en albumine qui proviennent des maladies du tissu pulmonaire, du poumon (surtout la pneumonie).

Parmi les méthodes employées, l'auteur cite celle de Wanner (précipité d'albumine obtenu par la chaleur) et celle de Schmidt qui emploie le triacide d'Erlich, et par lesquelles ils obtiennent une coloration rouge pour les crachats de pneumonie et bleue pour les crachats de bronchite.

Les résultats obtenus par ces méthodes sont réfutés par l'auteur : ceux de Wanner parce qu'ils ne donnent aucun renseignement sur l'origine de l'albumine ; les seconds parce que les résultats ne sont pas toujours les mêmes.

La nouvelle méthode consiste à administrer au malade du salicylate qui, repris par le sang, est éliminé avec les crachats si dans le tissu pulmonaire se passe un phénomène de transudation ou d'exsudation. (On sait que dans certaines maladies : ictère, néphrite interstitielle, diabètes melitus, on trouve dans les crachats des pigments biliaires, du sucre, etc.)

La manière d'opérer est la suivante :

Les crachats obtenus d'un malade pendant 12-15 heures après qu'on lui a administré deux grammes de salicylate, sont agités avec cinq fois leur volume d'alcool à 96 % ; en même temps on rend le liquide acide. Les albumines tombent en gros flocons et se déposent au fond du vase. On filtre. Le liquide obtenu est évaporé à siccité. Le résidu repris par l'eau, acidulé et précipité ; on filtre et la liqueur agitée avec éther donne un dépôt qu'on reprend avec 10 c. c. d'eau dans laquelle on ajoute 1 c. c. d'une solution à 10 % de chlorure de fer.

On obtient une coloration violette s'il y a eu du salicylate dans les crachats.

Les résultats obtenus par cette méthode sont :

Négatifs dans les crachats provenant d'une bronchite chronique ; catarrhe bronchique dans l'emphysème, asthme bronchial, bronchectasie.

Positifs : 1° Dans 4 cas de pneumonie (dont deux confirmés à l'autopsie) et on a observé en même temps que la quantité de salicylate Na obtenue a suivi les oscillations de la maladie, augmentant et diminuant avec elle ;

2° Un cas où l'examen physique n'a rien donné de précis et où l'emploi de la méthode et l'autopsie ont été confirmatifs ;

3° Avec les crachats tuberculeux les résultats ont été moins nets parce que l'exsudation n'est pas si intense à cause de la formation des cavernes.

Conclusions : Cas négatifs parce qu'il n'y a pas d'exsudat ;
Cas positifs dus aux exsudats ;
Cas incertains, cavernes pulmonaires

Interprétation de la méthode. — 1° Le salicylate introduit est transporté avec le sang dans les vésicules du parenchyme pulmonaire ;

2° Le salicylate n'est jamais trouvé dans les excrétions glandulaires (il n'a pas été trouvé dans la salive d'un homme à qui on avait administré deux grammes de salicylate de soude) ;

3° On le trouve dans tous les transsudats des séreuses : plèvre, péritoine, séreuse articulaire.

Les expériences de Rosenbach sur la répartition dans l'organisme, ceux de Bondi et Jakoby sur le chien, ont confirmé son accumulation dans le sang et chez le chien infecté ; on l'a trouvé en abondance dans les articulations.

L'auteur attire l'attention sur l'accumulation dans le poumon.

Aucune autre substance prise dans toutes les classes des corps organiques n'a été retrouvée dans les crachats (bleu de méthylène, antipyrine, gaïacol, résorcine). Pasc.

Le bacille diphtérique produisant une septicémie ; par le Dr Frank Hesse. (*Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n° 25, 29 juin 1909.)

Le bacille de Lœffler a été trouvé depuis longtemps dans le sang (Prosch, Balloch, Schmoll, Kanshak Stephens). On lui a attribué une infection septicémique dans quatre cas observés par Niessen, Rossen, Runge, Mahler, Ucke. L'auteur cite un cinquième cas, dans lequel il s'agissait d'une septicémie grave terminée par la mort et où on n'a trouvé que le bacille Lœffler comme agent.

L'infection se fait de la manière suivante : le bacille pris dans le courant sanguin sous forme d'embolie a été transporté dans les tissus des organes (foie, rate) où il se multiplie ; d'ici il est repris et disséminé dans tout l'organisme.

Le sérum antidiphtérique peut être employé avec succès dans les premiers moments de la maladie quand l'agent est encore localisé. Pasc.

BIBLIOGRAPHIE

Insectes piqueurs et suceurs de sang ; par le Dr Edmond Sergent, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, 1 volume in-18 jésus, cartonné toile, de 320 pages, avec 299 figures dans le texte. (O. Doin et fils, éditeurs, Paris, 8, place de l'Odéon).. 5 fr.

Parmi les découvertes qui ont marqué l'histoire de la médecine dans ces dernières années, l'une des plus précieuses est celle du rôle très important joué, dans la propagation des maladies, surtout des maladies des pays chauds, par les insectes, ou plus généralement, les invertébrés piqueurs et suceurs de sang : filariose, paludisme, fièvre jaune convoyés par des moustiques, peste inoculée par une puce, trypanosomiases inoculées par des mouches tsé-tsés ou des tabanides, dengue par des phlébotomes, spirillose humaine africaine et piroplasmoses animales transmises par des tiques, etc.

Les médecins, les vétérinaires, les hygiénistes, ont donc besoin de connaissances entomologiques spéciales quand ils veulent aborder l'étude de ces différentes maladies. Il se trouve justement que la vermine et tous les parasites suceurs de sang ont été fort dédaignés jusqu'ici par les entomologistes, qui s'occupaient plus volontiers des insectes aux belles couleurs ou aux formes curieuses. Les travaux qui s'occupent des insectes intéressants pour le pathologue sont disséminés dans les périodiques ou sont l'objet de gros ouvrages particuliers.

Le petit livre qui paraît s'est donné simplement pour but de réunir et de résumer les différentes classifications qui permettront au pathologue le plus inexpérimenté en entomologie de déterminer l'ordre, la famille et le genre des insectes piqueurs et suceurs de sang qui attireront son attention. Pour les anophélines, en raison de leur importance particulière, la détermination est poussée jusqu'à l'espèce. En dehors des insectes, on donne la classification d'une importante famille des arachnides, celle des ixdoidés ou tiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

La sérothérapie anti-méningococcique ;

Par M. Fernand TRÉMOLIÈRES
Chef de clinique médicale à la Faculté.

Les récentes épidémies de méningite cérébro-spinale ont permis d'apprécier l'efficacité du sérum anti-méningococcique.

Ce sérum a été préparé pour la première fois, il y a plus de trois ans, presque simultanément en plusieurs pays. Il fut découvert en 1905 par Simon Flexner, de l'Institut Rockfeller, à New-York. Presque en même temps, Kolle et Wassermann, Jochmann, Ruppel, en Allemagne, Markl à Vienne, obtenaient, par des procédés semblables à celui de Flexner, des sérums analogues. Les propriétés préventives et curatives de ces sérums, démontrées expérimentalement chez l'animal, furent par la suite vérifiées chez l'homme. Plus récemment, Dopter, à l'Institut Pasteur de Paris, a préparé un sérum d'une efficacité au moins égale à celle de tous les autres.

L'emploi de la sérothérapie bouleversa le traitement des méningites cérébro-spinales épidémiques. Ce traitement, établi par Netter de 1898 à 1902, consistait en bains chauds prolongés, ponctions lombaires répétées et administration d'argent colloïdal en frictions et injections intra-veineuses ou intra-rachidiennes, il avait abaissé la mortalité à 50 pour 100 environ. Substituée ou associée à ces moyens thérapeutiques, la sérothérapie la réduit à 15 et même 10 pour 100, quand elle est appliquée dans les trois premiers jours de la maladie. Non seulement la mortalité est diminuée, mais la durée de la maladie est abrégée, ses complications deviennent moins fréquentes. On comprend que la sérothérapie constitue maintenant le traitement de choix des méningites cérébro-spinales à méningocoques.

Le principe de la préparation des sérums anti-méningococciques consiste dans l'inoculation au cheval, à doses progressives, de cultures microbiennes mortes d'abord, vivantes ensuite.

L'inoculation intra-veineuse, que pratiquèrent au début la plupart des auteurs, est remplacée actuellement, par certains d'entre eux, par des injections sous-cutanées. Autant que possible on injecte en même temps des microbes d'origines diverses, pour obtenir un sérum polyvalent.

Flexner inocule alternativement sous la peau des chevaux des microbes vivants et des autolysants, c'est-à-dire les produits de désintégration des corps microbiens, les toxines adhérentes mises en liberté. Il ne se sert du sérum qu'après une immunisation de cinq à six mois.

Dopter, ayant constaté qu'un sérum uniquement antimicrobien est aussi, sinon plus, antiendotoxique que les sérums préparés avec microbes et toxines, ne fait qu'injecter dans les veines du cheval des cultures microbiennes vivantes.

Le sérum de Flexner et tous les sérums étrangers sont additionnés d'antiseptiques ; cette adjonction, qui permet la conservation du sérum et prévient l'infection au niveau de l'inoculation, n'offrirait, d'après Netter, aucun inconvénient.

L'activité des sérums anti-méningococciques s'affaiblit très vite, sauf quand ils sont conservés dans la glace. Elle peut varier beaucoup suivant la virulence des méningocoques employés dans leur préparation. Kolle et Wasserman utilisent, pour doser cette activité, la méthode de la fixation du complément.

Sans insister sur les détails de préparation et de dosage, qui sortent du domaine de la pratique thérapeutique, nous nous bornerons aux indications du sérum anti-méningococcique, à son application, à ses résultats.



Indications du sérum anti-méningococcique. — Le sérum antiméningococcique doit être employé dans tous les cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques. Le diagnostic de cette affection se fait à la fois par l'analyse des signes cliniques et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Nous ne ferons que résumer le tableau symptomatique de la méningite cérébro-spinale épidémique. Débutant d'ordinaire de façon brusque et violente, l'affection se manifeste, au bout d'un temps qui varie de quelques heures à deux jours, par une rétraction de la nuque, une contracture des membres inférieurs révélée par le signe de Kernig, une céphalée intense, ces troubles moteurs et sensitifs étant les principaux symptômes nerveux. On observe, en outre, une fièvre vive, à oscillations d'assez grande amplitude, une agitation diurne et nocturne, des éruptions diverses, dont la plus fréquente est l'herpès labial discret ou généralisé, et souvent des arthropathies.

Les vomissements cérébraux et la constipation, si fréquents dans les autres formes de méningite, sont rares ; on constate surtout une diarrhée plus ou moins abondante et une soif extrêmement vive, cause d'une polydipsie qui joue certainement un rôle dans la polyurie de la période d'état. Mentionnons enfin l'accélération de la respiration et du pouls, qui sont parfois irréguliers, et les troubles vaso-moteurs, caractérisés surtout par une raie méningitique facile à provoquer, de coloration intense et très persistante.

La marche de la maladie est très variable : entre les formes foudroyantes, qui tuent en quelques heures, et les formes chroniques qui durent plus d'une année, existent tous les intermédiaires. Les formes moyennes évoluent en dix à vingt jours.

La variété des formes cliniques de la méningite cérébro-spinale épidémique complique singulièrement le diagnostic, tout au moins au début d'une épidémie. Tantôt le syndrome d'infection générale prédomine et l'on pense à une granulie, à une fièvre typhoïde, à une grippe à manifestations méningées ; tantôt une évolution suraiguë fait discuter l'origine du coma. La symptomatologie peut être, au contraire, tellement atténuée que le malade, vaquant à ses occupations, se plaint seulement de fatigue générale et de céphalée. Même quand la méningite aiguë est évidente, l'on ne sait à quel microbe l'attribuer.

Seule, une ponction lombaire, permettant l'examen du liquide céphalo-rachidien, précise le diagnostic. On connaît la technique de la ponction lombaire : le matériel consiste uniquement en une aiguille de platine iridié longue de 9 à 10 centimètres et d'un diamètre de huit dixièmes de millimètres à un millimètre ; l'une de ses extrémités est taillée en biseau pointu et assez court ; l'autre, munie d'un pavillon, peut s'adapter à l'embout d'une seringue de Pravaz. Les fins trocarts de l'appareil Potain remplacent au besoin cette aiguille spéciale. Aiguille ou trocart sont maintenus dans l'eau bouillante pendant dix minutes ou, mieux, stérilisés à l'autoclave dans un tube à essai. La région lombaire est désinfectée à l'eau et au savon, puis à l'éther et à l'alcool. L'opérateur se lave les mains. De l'index gauche, il détermine la quatrième apophyse épineuse lombaire, dont une ligne menée par les deux crêtes iliaques effleure le sommet. L'application d'un

tampon d'ouate imbibé d'éther produit en ce point une anesthésie suffisante.

L'aiguille est piquée au-dessous de l'index gauche, dans le quatrième espace, à un demi-centimètre environ de la ligne médiane épineuse et dirigée légèrement en haut et en dedans, presque perpendiculairement à la colonne vertébrale (Sicard). Lentement, sans à-coups, elle traverse successivement la masse sacro-lombaire, le ligament jaune inter-laminaire, le canal vertébral, le sac dure-mérien et pénètre dans le confluent arachnoïdien. Souvent même, on plante l'aiguille sur la ligne médiane, et, poussant droit devant soi, on entre directement dans le canal rachidien. Au cours de son trajet, l'aiguille heurte parfois un plan osseux ; on la retire alors légèrement pour lui donner une autre direction ; après quelques tâtonnements, on trouve aisément le chemin qu'elle doit suivre.

Dans les méningites aiguës, le liquide céphalo-rachidien s'échappe de l'aiguille à forte pression, et presque toujours louche ou purulent. Cet aspect suffit à éliminer les diagnostics d'urémie nerveuse, de tétanos, d'hémorrhagie méningée, de tumeur cérébrale ; mais on a signalé des cas de méningite aiguë où le liquide céphalo-rachidien était clair.

L'examen chimique de ce liquide permettrait dans ce cas, d'après Mestrezat et H. Roger, de différencier la méningite tuberculeuse de la méningite cérébro-spinale épidémique. Dans celle-ci, le liquide céphalo-rachidien contient une quantité élevée d'albumine, égale ou supérieure, et parfois de beaucoup, à 3 grammes ; il renferme peu de sucre (de 12 à 25 centigrammes), une quantité de chlorures comprise entre 6 et 7 grammes, inférieure à celle qu'on trouve dans la méningite tuberculeuse ; l'extrait sec dépasse 13 grammes. La perméabilité aux nitrates est de 45 à 55 milligrammes, alors qu'elle atteint, dans la méningite bacillaire, 70 à 90 milligrammes. Cette *formule chimique* du liquide céphalo-rachidien caractériserait nettement la méningite cérébro-spinale à méningocoques.

Mais c'est l'examen microscopique d'une parcelle du culot obtenu par centrifugation du liquide qui permet le mieux de la diagnostiquer. L'*examen cytologique* révèle l'existence de nombreux polynucléaires, plus ou moins altérés. Cette polynucléose n'a rien cependant de pathognomonique, puisqu'on l'observe dans les autres méningites aiguës suppurées et que, d'autre part, Netter a relaté certains cas de méningite cérébro-spinale où la lymphocytose était prédominante. Mais plusieurs auteurs (Guillemot et Ribadeau-Dumas, Triboulet, Dopter, Ménétrier et Mallet, etc.) ont constaté qu'une infection méningée pouvait ne provoquer qu'une réaction leucocytaire légère ou n'en pas provoquer du tout.

L'*examen bactériologique* est donc nécessaire.

D'après Dopter, si, à l'examen direct sur lames, on constate un coccus en grains de café, ne prenant pas le Gram, on doit le tenir pour suspect : Dopter, en effet, a montré qu'il existe une série de germes analogues au méningocoque au seul examen direct et qui lui sont, cependant, totalement étrangers. Ces *pseudo-méningocoques*, saprophytes habituels du rhino-pharynx, peuvent provoquer des méningites pour leur propre compte ou s'associer au vrai méningocoque. Il faut donc poursuivre l'identification du microbe. Si l'on trouve un autre germe différent d'aspect du méningocoque, ou si l'on n'aperçoit aucun microbe, on se souviendra que le méningocoque peut disparaître d'un épanchement qu'il a causé.

Le résultat négatif de l'examen direct ne suffit donc pas à éliminer le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Il faut, de toute façon, pratiquer une *culture*. On ensemence le liquide céphalo-rachidien sur gélose-ascite et l'on met le tout à l'étuve à 37° : si, au bout de vingt-quatre heures, des colonies ont poussé, on les examine, puis on fait l'*épreuve de l'agglutination* et celle des *réactions fermentatives*. On recherche, par la première, si les germes qui ont poussé sont agglutinés par un sérum anti-méningococcique ; on étudie, dans la seconde, les fermentations que les germes en question font subir aux différents milieux sucrés (lévulose, dextrose, maltose, etc.) L'agglutination et les différentes fermentations spécifient le méningocoque de Weichselbaum.

Récemment, Vincent et Bellot ont proposé une réaction très simple pour caractériser la méningite à méningocoques : la *précipito-réaction*. On mélange à cinquante gouttes de liquide céphalo-rachidien centrifugé une goutte de sérum antiméningococcique et l'on porte le tout dans une étuve à 37° : si le liquide céphalo-rachidien renferme des méningocoques, au bout de huit à dix heures le mélange est devenu uniformément trouble. Cette réaction permet de déceler même les formes abortives à liquide clair et sans méningocoques apparents (Salebert et J. Louis).

En même temps qu'on étudie les caractères et les propriétés du liquide céphalo-rachidien, on peut, prenant un peu de sang dans une veine du malade, rechercher le pouvoir agglutinant de son sérum sur un méningocoque type, faire, en somme, un *séro-diagnostic*.

Si l'on a prélevé aseptiquement le sang, on peut aussi pratiquer l'*hémoculture* : Follet et Sacquépée ont, en effet, montré qu'il existait une septicémie à méningocoques, une méningococcémie, accompagnant ou précédant la lésion méningée, parfois lui survivant, ou pouvant même constituer toute l'infection.

***

Technique de la sérothérapie. — Le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique établi, il faut intervenir sans retard par la sérothérapie anti-méningococcique.

Le sérum anti-méningococcique ne doit pas être injecté sous la peau. Les injections sous-cutanées faites en Allemagne et aux Etats-Unis ont complètement échoué : les statistiques de Schultz, de Ch. Muller, de Robb, de Lévy, de Schone, en ont fourni la preuve. Ces résultats s'expliquent par ce fait, établi par Widal, Griffon, Sicard, Monod et Brécy, que la dure-mère est imperméable, de dehors en dedans, aux substances injectées dans l'organisme à l'état normal et dans les méningites suppurées, et ne se laisse traverser par elles que dans les méningites tuberculeuses.

Aussi, le sérum anti-méningococcique doit-il être porté directement dans la cavité arachnoïdienne, après une ponction lombaire.

Avant d'injecter le sérum dans la cavité séreuse, il faut évacuer une quantité au moins égale de liquide céphalo-rachidien. Si la quantité de ce liquide soustraite est inférieure à la quantité de sérum injectée, on constate des phénomènes de compression qui se traduisent par une aggravation de la céphalée, des convulsions et des syncopes parfois mortelles.

Il vaut même mieux, d'après Dopter, enlever plus de liquide qu'on injecte de sérum, évacuer par exemple 30 à 35 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour injecter 20 centimètres cubes de sérum. Cette façon de procéder présente un triple avantage :

1° On enlève de la cavité arachnoïdienne plus de substances toxiques ;
2° On effectue une certaine décompression des centres nerveux ;
3° Le sérum curatif introduit est moins dilué.

Si l'on ne parvient à retirer que peu de liquide céphalo-rachidien, 2 à 5 centimètres cubes, par exemple, ce qui arrive parfois, il ne faut à aucun prix injecter une plus grande quantité de sérum.

Le liquide céphalo-rachidien soustrait, on procède à l'injection du sérum antiméningococcique. Avant la ponction lombaire, on a chargé une seringue de Roux ou de Debove de la quantité de sérum qu'il convient d'injecter. Le sérum a été préalablement tiédi au bain-marie à 38°.

On adapte alors l'embout de la seringue au pavillon de l'aiguille de la ponction lombaire restée en place, et l'on pousse l'injection lentement, progressivement, sans à-coups. L'injection terminée, on retire brusquement l'aiguille, on lave aseptiquement la peau au point de la piqûre et l'on bouche l'orifice d'entrée avec un tampon d'ouate imbibé de teinture d'iode ou bien on l'obture avec un peu de collodion.

Immédiatement après l'injection intra-rachidienne, il faut placer la tête du malade dans une position inférieure à celle du bassin, en enlevant traversin et oreillers, et en plaçant sous les hanches un ou plusieurs coussins ; cette position favorise la diffusion du sérum vers les centres nerveux supérieurs. On y laisse le malade pendant cinq ou six heures. Si l'agitation, le délire, ne permettent pas de l'y maintenir, il faut lui faire une injection de morphine.

La quantité de sérum injectée varie suivant l'âge du malade et la gravité du mal. On doit injecter, d'après Dopter, dans les cas ordinaires, à un enfant de moins de deux ans, 10 à 15 centimètres cubes ; 15 à 20 centimètres cubes à un enfant plus âgé ; de 20 à 40 cent. cubes à un adulte. Netter conseille d'injecter aux enfants 20 à 30 cent. cubes, 30 à 45 et jusqu'à 60 aux adultes. Les doses doivent être d'autant plus élevées que les symptômes de l'affection sont plus inquiétants.

Les injections doivent être renouvelées pendant deux, trois et quatre jours consécutifs, même si l'amélioration est manifeste, pour éviter les retours offensifs de la maladie. Après ces injections répétées systématiquement, on est guidé, pour les continuer, par la marche de la température, les symptômes locaux et généraux et surtout par les caractères du liquide céphalo-rachidien.

On peut, dans les cas extrêmement graves, faire deux injections par jour. Quelques malades ont ainsi reçu des quantités considérables de sérum : un enfant de huit ans, soigné par Fulton, reçut 650 cent. cubes en 22 injections.

D'après Dopter, Netter, le sérum anti-méningococcique doit être systématiquement injecté à tout sujet suspect de méningite cérébro-spinale ; il serait imprudent d'attendre les résultats de l'examen bactériologique pour faire bénéficier le malade de la sérothérapie : tout retard pourrait lui être très préjudiciable. Dès que, chez un individu soupçonné atteint de méningite à méningocoques, on a constaté que le liquide céphalo-rachidien est trouble ou simplement opalescent, il faut pratiquer une injection de sérum et la renouveler jusqu'à ce qu'on connaisse les résultats de l'examen bactériologique.

Si celui-ci révèle la présence du méningoccoque, on n'a qu'à continuer la sérothérapie ; s'il met en évidence du pneumocoque, du streptocoque, etc..., on peut cesser les injections de sérum, qui ont été inefficaces, mais non pas nuisibles ; si l'on n'a décelé aucun germe, ce qui arrive même quand le méningocoque est en cause, il est prudent de continuer de traiter le malade par le sérum jusqu'à sa guérison.

*
* *

Résultats de la sérothérapie. — Dans tous les cas traités en temps opportun, l'action bienfaisante du sérum se manifeste assez rapidement.

Elle est parfois très prompte : presque aussitôt après la première ou la deuxième injection, la température s'abaisse, les troubles morbides s'amendent et la méningite peut être ainsi réellement jugulée (Netter).

Elle est souvent moins rapide : la température tombe, l'intelligence du malade se réveille, la céphalée diminue ; la raideur de la nuque et le signe de Kernig persistent plus longtemps. Parallèlement à la sédation des symptômes cliniques, le liquide céphalo-rachidien subit des modifications : clarification notable, diminution des polynucléaires, apparition précoce de la formule lymphocytaire, disparition simultanée des méningocoques (Netter, Teissier).

Ainsi annoncée, la guérison survient souvent ; la durée de la maladie est de beaucoup diminuée, les rechutes, si souvent fatales autrefois, évoluent favorablement ; les séquelles graves, surdité, idiotie, deviennent l'exception.

Le sérum anti méningococcique abaisse beaucoup le taux de la mortalité de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Dans des statistiques anglaises et américaines, la mortalité, pour les cas traités par les anciennes méthodes, atteint 70 à 95 pour 100 et, pour les cas traités par le sérum, s'abaisse de 43 à 20 pour 100.

Vaillard a relaté une épidémie, à Evreux, où les cinq premiers cas, non traités par le sérum, se terminèrent tous par la mort. Des dix-huit autres malades soignés par la sérothérapie dès l'apparition des premiers symptômes seize guérirent et deux seulement succombèrent.

Les malades soignés récemment par Netter à l'aide du sérum anti-méningococcique moururent dans la proportion de 23,5 pour 100 ; si l'on défalque de cette statistique les malades atteints de formes suraiguës ou traités trop tardivement, la léthalité n'est plus que de 12,5 pour 100. Or, la mortalité des malades de Netter, traités en 1908 par les bains chauds, les ponctions lombaires répétées et l'argent colloïdal était de 48,5 pour 100.

La statistique de Dopter est encore plus favorable, puisque la mortalité globale des malades traités par son sérum exclusivement antimicrobien est de 10,93 pour 100, et la mortalité rectifiée de 8,06 pour 100.

Le sérum anti-méningococcique modifie d'heureuse façon non seulement l'issue mais encore la durée de la maladie. — Le plus souvent, la guérison est manifeste au bout de huit à dix jours, rarement plus tard, souvent plus tôt. Il en allait tout autrement avant l'emploi du sérum : la maladie durait alors des semaines, voire des mois. L'amaigrissement des malades, si frappant jadis, n'est plus observé aujourd'hui.

Les malades qui guérissent sous l'action du sérum ont rarement des séquelles. — Avant la sérothérapie, celles-ci se produisaient 24 fois sur 100 ; depuis l'emploi du sérum, on ne les observe plus que dans les proportions de 7,5 à 3 pour 100, selon les auteurs.

L'injection intra-rachidienne du sérum n'expose guère à d'autres inconvénients qu'aux *accidents sériques*, qui

sont particulièrement fréquents chez les malades traités par le sérum de Flexner.

Un grand nombre de malades sont atteints d'éruption-ortiée ; cette urticaire apparaît d'ordinaire vers le dixième jour ; mais elle peut être aussi plus précoce, restant alors d'ordinaire localisée autour de l'injection et traduisant l'anaphylaxie.

On observe aussi quelquefois des poussées fébriles avec douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs, parfois en dehors de toute éruption. Il est difficile, en pareil cas, de décider à première vue si la poussée thermique est due à l'injection de sérum ou à une reprise de la méningite : l'examen du liquide céphalo-rachidien permet de déterminer si l'on est en présence d'une poussée nouvelle ; dans ce cas seulement, on doit renouveler l'injection de sérum. Les élévations de température ne sauraient donc, à elles seules, suffire à faire poursuivre les injections (Netter).

Ces accidents sériques sont, d'ordinaire, éphémères et bénins. Ils peuvent cependant affecter une allure inquiétante : sensation de constriction thoracique, cyanose, dyspnée, tachycardie. Mais ces phénomènes, même graves, sont en général passagers ; on n'a pas encore observé d'issue fâcheuse. Il faudrait, pour éviter ces accidents, pouvoir débarrasser le sérum antiméningococcique des principes nocifs contenus dans le sérum de cheval.

L'ingestion de chlorure de calcium, préconisée par Netter contre les éruptions consécutives aux injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique, ne semble pas, d'après cet auteur, avoir une égale action préventive contre les urticaires causées par les injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. Cela tient sans doute à des doses plus élevées de sérum et à ce que l'on administre pendant trois jours consécutifs ; peut-être aussi faut-il incriminer la pénétration plus rapide et plus massive du sérum par la voie rachidienne que par la voie sous-cutanée.

La sérothérapie antiméningococcique est presque inefficace ou même échoue totalement dans certains cas de méningite cérébro-spinale épidémique. D'après Dopter, en dehors des formes foudroyantes, ce sont des cas :

1° Où le sérum est injecté trop tardivement ;

2° Où il s'agit de formes septicémiques ou hypertoxiques, habituellement très graves, s'accompagnant de pétéchies parfois extrêmement abondantes, se compliquant de localisations méningococciques extra-méningées (broncho-pneumonies, péricardites, néphrites, etc..) :

3° Où les phénomènes cérébraux sont très marqués et correspondent à des lésions corticales qui semblent peu accessibles à l'action du sérum.

Chez d'autres malades, après une détente passagère, les phénomènes méningés reparaissent, peu modifiés par les injections de sérum et semblent, à la fin, passer à l'état chronique, deviennent rebelles à la sérothérapie : peut-être s'est-il produit des complications sous-corticales, encéphalite non suppurée ou petits abcès secondaires profonds ou superficiels, que le sérum ne peut atteindre ; peut-être le sérum, diffusant incomplètement, n'arrive-t-il pas jusqu'aux ventricules où se cantonne le méningocoque ; peut-être enfin s'agit-il de lésions de la convexité.

Dopter propose, dans ces cas particuliers, d'introduire directement le sérum dans l'espace cérébral arachnoïdien après trépanation ; une ponction lombaire simultanée ou consécutive assurerait alors un drainage ou un lavage sérothérapique.

***

Valeur respective des différents sérums. — Les formes cliniques de la méningite cérébro-spinale épidémique étant extrêmement variées, les résultats obtenus par l'administration des différents sérums ne sont guère comparables. Il est cependant intéressant de noter les effets obtenus avec chacun d'entre eux, sans pour cela prétendre préjuger de leur valeur respective.

P. Teissier, à l'hôpital Claude-Bernard, a fait sur 27 malades des essais comparatifs très instructifs. Dix de ses malades furent traités par le sérum de Dopter : il y eut deux décès et huit guérisons ; trois éruptions sériques furent observées, deux avec poussée rhumatismale, l'autre avec phénomènes d'anaphylaxie passagèrement graves.

Trois cas furent soignés par le sérum de Wassermann, sur lesquels il y eut deux guérisons.

Trois malades reçurent du sérum de Kolle, additionné par intervalles de sérum de Flexner: les trois succombèrent. Une de ces malades était une femme de 51 ans atteinte de cancer utérin mixte méningo-pneumococcique.

Onze cas furent soumis au sérum de Flexner : il y eut cinq guérisons et six décès ; deux de ces décès survinrent chez des enfants qui moururent le jour même de leur entrée à l'hôpital, après une seule injection ; un concerne une forme mixte, à méningocoques et à bacilles de Koch, un autre une infection secondaire à staphylocoques.

Trois éruptions sériques furent observées, deux avec poussées rhumatismales, une avec phénomènes d'anaphylaxie passagèrement graves.

Netter a employé, pour soigner ses malades, les sérums les plus divers, mais surtout celui de Flexner. Sur 67 cas traités par lui, 50 ont été traités exclusivement par le sérum de Flexner ; la mortalité globale, qui est de 18 pour 100, atteint quand on réduit la statistique aux cas régulièrement traités la proportion de 8, 9 pour 100.

Le nouveau sérum exclusivement antimicrobien préparé par Dopter paraît encore plus efficace : la mortalité globale des malades traités par ce sérum est de 10,93 pour 100 et la mortalité rectifiée de 8,06 pour 100 !

On voit dans quelles proportions l'emploi des sérums anti-méningococciques, des sérums de Dopter et de Flexner en particulier, a amélioré le pronostic des méningites cérébro-spinales épidémiques si graves encore l'année dernière. Il est illégitime et dangereux de vouloir remplacer le sérum antiméningococcique par le sérum antidiphtérique, qu'on se procure plus facilement. Le sérum de Dopter ou celui de Flexner doivent devenir, en thérapeutique, d'un usage aussi courant que celui de Behring-Roux.

NEUROLOGIE

Les causes d'épuisement nerveux et d'amaigrissement chez les épileptiques ;

Par le Dr A. RODIET,
Médecin en chef des asiles d'aliénés.

Chez les épileptiques, chaque série de crises entraîne des troubles qui se manifestent par une perte de poids. Après une série de trois ou quatre accès ou plus, se succédant dans l'espace de 24 heures. on note tout d'abord une perte insignifiante, puis après 24 heures, la perte s'accentue, bien que l'alimentation ordinaire soit continuée. Quelquefois, la diminution de poids dure 2 ou 3 jours, et la réparation se fait lentement. C'est ainsi qu'un de nos malades a maigri de 6 kilogs en 10 jours, du 1er au 10 mars, après une série de crises, pour revenir ensuite progressivement et peu à peu à son poids primitif.

De même, une autre malade a perdu 3 kilos en quelques jours après plusieurs attaques. Le grand travail musculaire effectué par l'épileptique pendant une crise se

manifeste encore par l'augmentation de l'urée après l'accès. Le taux de l'urée diminue graduellement quelque temps après le paroxysme épileptique.

On a dit que « l'exercice des fonctions digestives peut à lui seul provoquer l'accès. » En effet, il n'est pas de repas qui ne soit marqué par plusieurs crises dans les services d'épileptiques.

« Les substances formées dans l'organisme pendant l'acte de l'assimilation et de la désassimilation jouent un grand rôle dans le genèse de l'épilepsie, dit Weber (1). Elles sont cause chez les personnes prédisposées d'une irritation de l'écorce cérébrale qui détermine les attaques. »

Dans le traitement, on devra surtout s'attacher à faciliter l'élimination des substances toxiques. La même opinion est soutenue d'une façon plus générale par Armand Gautier (2). « La répétition fréquente des émotions de toutes sortes, écrit-il, les chagrins, les préoccupations d'affaires, le manque de sommeil agissent sur la nutrition et la désassimilation ».... Toute cause directe ou indirecte de troubles des fonctions digestives et assimilatives paraît avoir pour conséquence une production exagérée de déchets azotés, production démontrée par la toxicité urinaire. Ces substances, presque toutes nocives et de nature semi-alcaloïdique transportées aux organes par le sang, agissent sur les centres nerveux. Cette action se manifeste d'abord par une irritation, une excitation, puis par de l'affaiblissement.

Cette intoxication s'accompagne de crises de migraine ou de malaises avec baisse de la pression sanguine, à l'occasion d'une fatigue et d'un épuisement momentané du système nerveux.

Chez l'épileptique, cet épuisement du système nerveux avec baisse de l'énergie vitale et paresse musculaire et chimique de tout l'appareil digestif entraîne une surproduction de toxines alimentaires, puis l'excitation de tout l'organisme, l'ascension de la tension artérielle et finalement les convulsions.

Il semble aussi que c'est surtout après l'accès que les fonctions digestives sont troublées. Après les séries de crises, un grand nombre d'épileptiques éprouvent de la constipation, de la lenteur des digestions dues à la suspension des sécrétions, quelquefois une anorexie complète. Cette anorexie joue un rôle important dans l'amaigrissement.

En outre, après les accès, les épileptiques sont sujets à un véritable embarras gastrique avec nausées et vomissements. Quelques malades ont constamment des diarrhées à la suite des attaques.

Ces diarrhées paraissent dues à des paralysies vaso-motrices.

Les malades s'affaiblissent d'autant plus après leurs crises qu'ils dorment peu ou dorment mal. L'insomnie est une source de fatigue. Féré établit avec raison un rapport entre la fréquence des accès et celle des rêves. Ceux-ci paraissent se présenter aux heures de la nuit pendant lesquelles les crises épileptiques sont le plus fréquentes.

Les troubles du sommeil méritent une mention spéciale chez l'épileptique. Non seulement l'insomnie et les cauchemars, si pénibles par eux-mêmes, peuvent constituer une condition favorable aux attaques, mais encore ils épuisent le malade. Ces troubles résistent aux hypnotiques parce qu'ils paraissent être causés par une intoxication sur laquelle les hypnotiques ne peuvent agir. Ce rapport entre l'intoxication, le rêve et l'attaque est assez frappant pour que le Pr Bouchard attribue la recrudescence matinale des accès à l'accumulation dans le sang, pendant la nuit, de matières convulsivantes ; on constate en effet, chez la plupart des épileptiques, la plus grande fréquence des crises dans les dernières heures de la nuit.

On sait aussi que chez les dyspeptiques, dans le cas de stase alimentaire prolongée (dilatation d'estomac, sténose pylorique, etc.), le sommeil est surtout troublé par des cauchemars de 2 heures à 6 heures du matin. Or les épileptiques, interrogés sur leur sommeil, présentent à l'époque de leurs crises des rêves pénibles. Dans l'intervalle des crises, souvent le sommeil est calme. Il semble que les auteurs qui, comme Féré, rangent le sommeil parmi les causes déterminantes de l'épilepsie, n'ont pas assez tenu compte de l'influence de la digestion sur le sommeil et par suite sur les cauchemars et les crises de l'épilepsique. Chez certains malades qui présentent des accès nocturnes fréquents, cette relation entre les troubles digestifs, un sommeil pénible et l'accès comitial est manifeste.

En outre, la médication bromurée ralentit la nutrition. Les bromures agissent sur les accès, mais ils affaiblissent le cœur, diminuent la pression sanguine, abaissent la température et restreignent la quantité d'urée et d'acide phosphorique.

Digestions troublées, insomnie, cauchemars, crises et aussi médication bromurée sont des causes de fatigue qui se succèdent et s'ajoutent les unes aux autres pour produire et entretenir l'état d'épuisement nerveux et d'amaigrissement si souvent constaté chez les épileptiques.

(1) Weber.— Quelques idées nouvelles sur le rôle des auto-intoxications dans l'épilepsie. *Munchen Mediz. Wochenschrift*, 28 juin 1898.

(2) Armand Gautier. — L'alimentation et les régimes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Révolution en médecine.

Les médecins viennent de passer des heures troubles. Pendant trois ans, ils ont ému l'opinion, secoué la presse, forgé des meetings, crié, sué, conspué, envahi la rue... Comme les ouvriers zingueurs, comme les postiers, ils ont eu leur crise, qu'on se demandait révolutionnaire ou hystérique.

Cette agitation formidable, qui nous jetait l'un contre l'autre, qui entrechoquait les groupements et les Syndicats, vient d'avoir son épilogue : IL EST NÉ UN NOUVEAU RÉGIME DE L'AGRÉGATION !

Ce Nouveau Régime est exactement semblable à l'ancien. Aussi, tout le monde paraît content. Personne, en effet, n'en dit de mal, c'est que chacun le trouve bien.

***

Monsieur le Ministre de l'Instruction publique s'est efforcé de dégager la philosophie des événements du lustre écoulé, et il en a conclu que le tirage au sort du jury, que le coefficient 2 pour l'épreuve de titres, que l'affichage des notes des candidats, que le maximum de trois juges par faculté, seraient des réformes suffisantes pour éteindre l'effervescence. Monsieur le Ministre ne s'est pas trompé : les électeurs français ont retrouvé le calme qui convient aux peuples heureux. Pour ceux qui désireraient d'autres nouveautés, la porte est d'ailleurs largement ouverte, car le « Nouveau Régime » n'est que provisoire et l'on sait qu'en notre pays le provisoire ne dure pas, tels les centimes additionnels ou l'échafaudage de la Sainte-Chapelle.

***

Il est permis pourtant de se demander si le « Nouveau Régime » rendra meilleur le recrutement des agrégés... Il est permis de douter que, venu quarante ans plus tôt, il eût permis à Duchenne de Boulogne ou à Claude Bernard d'entrer à la faculté de médecine. Nous ne voyons pas non plus, dans la suppression de l'admissibilité définitive, ni dans la suppression de la plupart des spécialisations, nouveautés qui caractérisaient surtout les réformes contre lesquelles s'est élevé le mouvement dit révolutionnaire, la mesure libératrice qui permette aux esprits leur libre développement et rende chacun plus apte à sa fonction.

C'est sans doute le contraire qu'il faut penser.

***

Voilà donc l'œuvre des syndicats, des associations et des médecins en général ! Ils se sont agités pendant trois ans pour aboutir à ce recul ! Le projet Bouchard, le premier en date, était un acte révolutionnaire et de progrès, qui se préoccupait réellement de l'intérêt scientifique, c'est-à-dire de l'intérêt général. C'est peut-être en vertu de cela que les groupements les plus révolutionnaires l'ont combattu, et que chacun a refusé d'y voir ce qui était juste et bien, car cela troublait un peu son intérêt particulier.

Tout homme a dans son cœur, « un cochon » qui sommeille.

a dit Beaudelaire ; c'est « un bourgeois » qu'il faudrait dire... ou ajouter.

G. MILIAN.

PHYSIOTHERAPIE

Analogies et différences d'action des bains locaux de lumière à incandescence et des bains d'air chaud (1) ;

Par M. MIRAMOND de LAROQUETTE
Médecin-major à Nancy.

Avant d'avoir fait construire mon appareil photothermique, j'ai longtemps employé les boîtes à air chaud de Bier et de Klapp dont j'avais vu la première application et les bons effets en 1895 au Val-de-Grâce, dans le service de M. Cahier (2). Dans la suite, j'ai eu souvent l'occasion d'utiliser ainsi les bains d'air surchauffé et je les emploie encore aujourd'hui volontiers, à défaut de bains de lumière. D'autre part, depuis deux ans, j'ai employé avec mon radiateur fig. 1 et 2 le bain local de lumière électrique dans de nombreux cas pathologiques. J'ai donc pu étudier longuement et comparer les effets de ces deux procédés de thermothérapie dont je me propose d'examiner ici les similitudes et les différences d'action.

Le bain d'air chaud et le bain de lumière produisent tous deux sur les tissus une hyperémie active et une sudation intenses qui sont les effets les plus caractéristiques et probablement les plus importants de la thermothérapie. Ils ont également l'un et l'autre une puissante action analgésique et les phénomènes généraux secondaires qu'ils provoquent, c'est-à-dire l'accélération du pouls, l'élévation de la température centrale, la sudation diffuse, l'action excitante sur la nutrition et l'action sédative sur le système nerveux sont en somme très analogues dans les deux cas.

De même dans leurs applications aux divers cas pathologiques, le bain d'air chaud et le bain de lumière donnent tous deux des résultats favorables dans les localisations de la goutte et du rhumatisme, dans les névralgies, dans les suites de traumatismes, surtout les lésions articulaires, enfin dans le traitement des plaies atones, des ulcères et des gangrènes. Le bain d'air chaud et le bain local de lumière électrique sont donc des moyens thérapeutiques très voisins, tous deux très actifs et qui ont sensiblement les mêmes indications.

Cependant ces deux procédés de thermothérapie ne sont pas absolument identiques et d'une manière générale, on peut dire que le bain de lumière est un perfectionnement de la méthode et constitue un réel progrès.

Dans le bain de lumière, en effet, à l'action de l'air chaud et de la température plus ou moins élevée s'ajoute l'action des radiations dont on ne saurait contester l'importance, aujourd'hui surtout où il est tant question de radio activité.

Chacun apprécie d'ailleurs, dans la vie courante, la supériorité d'action de la chaleur radiante lumineuse sur les diverses sources de chaleur obscure. C'est cette supériorité d'action des foyers incandescents qui, par exemple, fera toujours préférer le soleil au plus parfait calorifère, qui dans nos maisons modernes laisse encore regretter le joli feu de bois des cheminées anciennes, et qui fait dire aussi à tout bon cuisinier que le meilleur des rôtis est le rôti à la broche ! je m'excuse de ces peu médicales digressions qui ont bien cependant leur fond de vérité.

Cette supériorité de la chaleur radiante lumineuse, qui s'observe dans la vie courante comme en thérapeutique, tient peut-être en partie aux actions chimiques de la lumière, mais elle paraît devoir aussi et plus encore être attribuée à l'action plus directement pénétrante des radiations.

En ce qui concerne les lampes électriques à incandescence, j'ai mis en évidence par la photographie l'intense et immédiate pénétration de leurs radiations dans nos tissus (1). Quant à la chaleur obscure, il est très difficile d'apprécier sa propagation à travers la peau et dans l'épaisseur des organes. Ce n'est pas à dire d'ailleurs qu'elle ne puisse aussi produire des actions profondes et Bier (2) notamment a vu sur des animaux immédiatement sacrifiés, que le bain d'air chaud sur l'abdomen provoque, après un certain temps, de l'hyperémie dans la profondeur même des viscères. Mais il s'agit là d'une action secondaire et tardive et non plus d'une action directe et immédiate comme celle des radiations. En effet, la chaleur obscure mise au contact de la peau est au fur et à mesure absorbée par le sang constamment renouvelé, et la vaso dilatation et l'hyperthermie ne se produisent dans les tissus profonds que lentement et seulement par l'intermédiaire de la circulation générale. Et en somme, il n'est pas douteux que la chaleur radiante lumineuse est plus pénétrante que la chaleur obscure, et qu'elle porte ainsi plus loin et plus directement ses effets dans la profondeur des tissus.

Au point de vue physiologique et thérapeutique, on a attribué aux rayons lumineux une spécificité d'action qui n'est pas encore absolument démontrée ; il ne semble pas qu'il y ait de différences bien caractérisées dans les réactions que les diverses radiations du spectre provoquent sur nos tissus. Du moins, il reste certain que les rayons chimiques de la lumière peuvent, à eux seuls, et en dehors de toute action calorifique, provoquer de l'hyperémie et un certain degré d'inflammation locale ; d'autre part, il est aussi vraisemblable et généralement admis que la lumière produit une excitation utile sur le globule sanguin et particulièrement sur l'hémoglobine qui, comme on sait, peut être, sous bien des rapports, comparée à la chlorophylle des végétaux. L'appoint des rayons lumineux en thermothérapie ne peut donc être considéré comme négligeable.

Malgré leur grande analogie, les phénomènes observés sous l'action des bains locaux de lumière et des bains d'air chaud diffèrent d'ailleurs par quelques particularités intéressantes.

D'abord la sensation produite n'est pas identique dans les deux cas. Sous la lumière électrique, le sujet perçoit non seulement une sensation de chaleur plus ou moins intense comme dans les bains d'air chaud, mais aussi une sensation de piqûre pénétrante qui est bien le fait des radiations, car elle cesse aussitôt si l'on interpose un écran qui arrête les radiations, sans toutefois modifier la température de l'air au contact de la peau. On sait d'ailleurs qu'avec les bains de lumière comme avec les bains d'air chaud, les sensations s'atténuent assez vite sous l'action analgésique de la chaleur et de la lumière.

(1) Communication au Congrès de Physiothérapie, avril 1909.
(2) CAHIER. — Traitement des hydarthroses du genou par l'air surchauffé. *Arch. de méd. militaire*, avril 1902.

(1) *Bulletin medical*, 18 janvier 1909.
(2) L'hyperémie. Trad. franç. ; chez Maloine.

Pour la sudation, Krebs (1) a constaté qu'elle est obtenue à température plus basse avec la chaleur lumineuse qu'avec la chaleur obscure ; il a vu qu'elle apparaît en moyenne à 42° avec le bain de lumière et à 59° avec le bain d'air chaud. Mes observations personnelles confirment les chiffres de Krebs avec des températures correspondantes de 45° et de 60°, soit toujours un intervalle de 15° à 16° en faveur du bain de lumière. Il est aussi manifeste que l'hyperémie locale, la rougeur superficielle, sont, à températures égales, plus intenses et plus prolongées avec les bains de lumière qu'avec les bains d'air chaud :

Il faut encore retenir que, dans les bains de lumière, il se produit de l'air chaud absolument pur et sec et qui peut être aisément renouvelé au moyen d'une ventilation permanente ou momentanée. La sueur est aussi en grande partie évaporée au fur et à mesure de sa production ; il n'en est pas de même pour les bains d'air chaud, dans lesquels l'air est généralement humide et saturé par les produits de combustion du gaz ou de l'alcool, et il est d'autre part à peu près impossible, voire même dangereux, d'organiser pour ces bains un dispositif pratique de ventilation. Or la ventilation, assurant une évaporation rapide de la sueur, permet d'agir sur les tissus avec de la chaleur absolument sèche qui est bien mieux tolérée, et d'atteindre ainsi sans inconvénient à des températures beaucoup plus élevées. Au point de vue de la tolérance du sujet, on peut, en effet, considérer qu'il y a égalité entre une température de 110° dans les bains de lumière et une température de 80° dans les bains d'air chaud.

Avec les bains de lumière, il est facile de varier et de mesurer l'intensité de l'énergie calorifique et lumineuse, cela permet d'en doser comme il convient l'application dans les différents cas, et pour un même sujet de commencer le traitement avec une faible intensité pour le conduire ensuite suivant une progression régulière. Avec les bains d'air chaud, la variation et la mesure de l'intensité calorifique dans un temps donné sont certainement plus difficiles à préciser.

Enfin, avec les lampes électriques, il est permis d'utiliser des lumières de couleur rouge, bleue, etc., dans lesquelles, par conséquent sont éliminées un certain nombre de radiations. On sait que quelques auteurs attribuent une réelle importance thérapeutique et des actions très différentes aux radiations de ces lumières de couleur. Je dois dire que dans mes expériences personnelles, et pour des applications locales, je n'ai pas constaté de différences bien caractérisées sous l'action de ces lumières filtrées. Mais il y a là tout au moins un moyen de suggestion utile dans certains cas, et qui n'existe pas avec les bains d'air chaud.

Les résultats thérapeutiques obtenus démontrent aussi la supériorité d'action du bain de lumière sur le bain d'air chaud. J'ai surtout pu mesurer des différences très nettes dans la durée du traitement des hydarthroses traumatiques du genou dont j'ai soigné un grand nombre de cas par l'une et l'autre méthodes. En moyenne, avec les bains d'air chaud, la guérison s'obtient en 20 ou 25 jours, et avec les bains de lumière en 10 ou 15 jours seulement et même encore moins ; mais il faut dire, à ce sujet, que les applications locales de lumière électrique se faisant très commodément et sans fatigue dans le lit même du malade, il est plus facile de multiplier et de prolonger ces applications qu'on peut ainsi renouveler 2 et 3 fois par jour avec une durée de 1 heure à 1 heure et demie par séance. Le traitement pouvant être ainsi plus intensif, il est naturel que la guérison puisse aussi être obtenue en un plus court laps de temps.

En résumé, les bains locaux de lumière à incandescence et les bains d'air chaud ont des actions physiologiques et thérapeutiques tout à fait analogues ; mais les premiers présentent sur les seconds de réels avantages de commodité pratique, d'intensité et de variation dans les effets, et ils ont surtout la supériorité d'action que présente toujours la chaleur radiante lumineuse sur la chaleur obscure.

(1) Société des Médecins de la Charité, de Berlin (février 1902).

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Conditions d'admission à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables.

(Loi du 14 juillet 1905)

Nature et modes d'assistance. — L'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, instituée en France par la loi du 14 juillet 1905, est connue sous le nom d'*assistance obligatoire*, parce qu'elle constitue un droit pour ceux qui se trouvent dans les conditions déterminées par la loi pour en bénéficier.

L'assistance obligatoire est donnée soit sous forme d'une pension mensuelle, soit sous forme d'admission dans un hospice. Le taux maximum de la pension varie suivant les communes; à Paris, il est de 30 francs. Il est diminué du montant des ressources que l'assisté possède ou peut se procurer, notamment par un travail régulier et assuré, par la pension alimentaire des enfants et parents tenus aux termes des articles 205, 206, 208 du Code civil ; ce taux maximum n'est diminué qu'en partie des ressources provenant de l'épargne qui, abstraction faite d'une somme fixe de 60 francs (ou de 120 francs si le bénéficiaire a élevé trois enfants jusqu'à seize ans), ne sont déduites du taux maximum de 360 francs que pour moitié (1). De même, les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée ne sont déduites que pour moitié, sans que, *dans tous les cas*, le total puisse être supérieur à 480 francs par an. Toute personne qui dispose de plus de 480 fr. de ressources annuelles ne saurait donc bénéficier de l'assistance obligatoire. Les ressources provenant du travail des vieillards de soixante-dix ans ne sont jamais décomptées, étant entendu que ces vieillards sont considérés comme ne pouvant habituellement se procurer par leur travail les moyens d'existence réguliers : au cas contraire, ils ne seraient pas privés de ressources et ne rempliraient pas les conditions de la loi.

Les hospices qui recevront les titulaires de l'assistance obligatoire ayant leur domicile de secours à Paris sont : l'*hospice de Bicêtre*, 78, rue du Kremlin, au Kremlin-Bicêtre pour les hommes (3.217 lits) : la *Salpêtrière*, 47, boulevard de l'Hôpital, pour les femmes (3.837 lits) ; l'*hospice d'Ivry* (Seine) (2.326 lits) et l'*hospice de Brévannes* (Seine-et-Oise), (1.832 lits), pour les deux sexes (2).

Conditions d'admission. — Il faut, pour bénéficier de l'assistance obligatoire, être Français (3), privé de ressources, âgé de soixan-

(1) Il en résulte qu'une rente de 60 francs ou de 120 francs suivant le cas n'influe pas sur le taux de l'allocation, mais que, d'autre part, une rente de 380 francs est exclusive de toute allocation.

(2) Un groupe de placements dans des familles à la campagne a été constitué à *Lurcy-Lévy* (Allier) et reçoit également cette catégorie d'assistés.

(3) En raison des difficultés assez fréquentes résultant des questions de nationalité, il est utile de donner quelques indications. Toute personne née d'un père français, même à l'étranger, est française. Si c'est un enfant naturel, il suit la condition de son père s'il l'a reconnu, ou de la mère au cas où elle seule l'aurait reconnu, ou au cas où elle l'aurait reconnu en premier lieu. Toute personne née en France de parents inconnus est française. L'enfant né en France de parents étrangers est français, sauf la faculté pour lui de décliner la nationalité française dans l'année qui suit la majorité. Si ses parents sont eux-mêmes nés en France, il n'a ce droit qu'au cas où seule sa mère est née en France. — La femme étrangère d'un Français acquiert la nationalité française et la conserve malgré le divorce ou le décès du conjoint. En cas de naturalisation du père, la femme et les enfants majeurs doivent être expressément compris dans le décret de naturalisation pour devenir Français. — Une Française perd sa nationalité par son mariage avec un étranger, sauf s'il est Turc; elle reste étrangère malgré son divorce, malgré le décès du conjoint, sauf à réclamer sa nationalité devant le juge de paix et à obtenir sa réintégration par décret ; ce décret peut en cas de décès du conjoint comprendre les enfants mineurs et majeurs. En cas de divorce, les enfants majeurs conservent leur nationalité du vivant de leur père. La perte de la nationalité n'influe pas sur la nationalité des enfants nés antérieurement ; la perte de nationalité peut résulter d'autres causes, notamment si un Français a accepté à l'étranger des fonctions publiques civiles ou militaires. Les solutions relatives aux Alsaciens-Lorrains sont très compliquées.

te-dix ans, ou infirme ou incurable (âge minimum : seize ans). Une demande écrite sur n'importe quel papier doit être adressée au maire, président du bureau de bienfaisance de l'arrondissement où l'on réside actuellement ; lorsqu'il s'agit d'un malade en traitement, la demande est adressée au maire de la dernière résidence effective. Elle doit mentionner particulièrement l'état civil, l'âge et le lieu de naissance, les domiciles successifs pendant cinq ans au moins, l'incapacité de travail et les infirmités, la situation des enfants et du conjoint, les ressources (travail, épargne, charité). Si l'intéressé ne sait pas signer, la demande doit être certifiée par deux témoins.

Le postulant peut spécifier le mode d'assistance qu'il préfère (allocation mensuelle ou hospitalisation). Toutefois, la décision de l'autorité qui statue est subordonnée à des circonstances qui ne permettent pas toujours de donner, sur ce point, satisfaction immédiate aux réclamants.

Le titulaire de l'allocation peut d'ailleurs demander ultérieurement à être hospitalisé et vice versa.

De même que l'admission à l'assistance obligatoire est exclusive de tout autre secours, à l'exception cependant de l'assistance médicale gratuite, la jouissance de ressources régulières supérieures à 480 francs par an est un obstacle à cette admission.

Domicile de secours.— L'assistance est donnée par la commune où le bénéficiaire a son domicile de secours ; il peut se faire que ce ne soit pas la même que celle où il réside et que, par conséquent, l'allocation qui lui est payée soit différente de celle qu'il voit toucher par ses voisins. Au cas où il a son domicile de secours dans une autre commune que celle où il réside, il est compris, par le bureau de bienfaisance de sa résidence sur la *deuxième partie de la liste* qui comprend les assistés n'ayant pas leur domicile de secours dans la commune. Le domicile de secours s'acquiert par cinq années consécutives de résidence et ne change plus quand l'assisté a atteint l'âge de soixante-cinq ans.

Le séjour dans un asile d'aliénés, dans un établissement de bienfaisance public ou privé à titre gratuit, en prison, sous les drapeaux, n'est pas comme une résidence libre et ne compte ni pour l'acquisition ni pour la perte du domicile de secours. Le postulant qui se trouve dans ces conditions doit adresser sa demande au maire de la commune où il a résidé librement en dernier lieu.

Les postulants dont la charge incombe à une collectivité autre que la Ville de Paris peuvent se trouver exposés à une attente dont les services de l'Assistance publique ne sont pas responsables. Leur dossier doit être transmis au préfet du département et examiné par la commune de la résidence qui, parfois, tarde à statuer. Les délais s'aggravent quand le postulant a fourni des indications inexactes ou incomplètes sur ses diverses résidences. Il y a donc un intérêt majeur pour lui à fournir très complètement tous les renseignements nécessaires.

Un assisté ne perd pas son domicile de secours dans une commune où il a résidé pendant cinq années consécutives, s'il y revient régulièrement (pour une véritable résidence et non pour un séjour accidentel) ; mais si, pendant plus de cinq ans, il a cessé de reprendre contact avec cette commune, et s'il n'a pas acquis un domicile de secours dans une autre commune, il demeure à la charge exclusive du département où il aura résidé.

A défaut de cinq années de résidence dans une commune déterminée, le postulant peut en effet avoir un domicile de secours départemental, s'il a résidé pendant cinq ans dans les communes d'un seul département ; à défaut de cinq années de résidence dans le même département, la charge de son assistance incombe à l'Etat. Ainsi, aucun indigent ne peut être privé d'assistance du fait de son domicile, et, dans tous les cas, sa demande doit être adressée à la mairie du lieu de sa résidence, comme il a été dit plus haut.

L'enfant a le domicile de secours de son père ou, s'il n'est reconnu que par la mère, de sa mère. La femme a le domicile de secours de son mari. L'enfant conserve le domicile du dernier survivant de ses parents jusqu'à ce que, postérieurement à sa majorité, il ait acquit un autre domicile.

Le domicile de secours est définitivement fixé à l'âge de soixante-cinq ans et à partir de cet âge on ne peut plus ni le perdre ni en acquérir un autre, exception faite pour ceux qui auraient atteint l'âge de soixante-cinq ans avant le 1er janvier 1907 et dont le domicile de secours est alors fixé à cette dernière date. Pour tous, d'ailleurs, aux termes de la jurisprudence, il est nécessaire de considérer la résidence entre le 1er janvier 1902 et le 1er janvier 1907 pour établir le domicile de secours. Si la résidence entre ces deux dates n'a pas continué dans une commune ou un département, le postulant sera à la charge de l'Etat. Le domicile de secours est définitivement fixé par l'admission à l'assistance obligatoire dans telle ou telle commune qui assume la charge pour toute la vie de l'assisté, quels que soient ses domiciles postérieurs. En aucun cas, il n'est nécessaire de remonter dans l'examen des résidences au delà du 1er janvier 1902.

Formalités d'admission. — Après avoir constitué les dossiers, l'infirmité ou l'incurabilité étant constatée pour les postulants de moins de soixante-dix ans par un certificat médical très précis, les bureaux de bienfaisance établissent les listes d'assistance, les transmettent avec les dossiers au directeur de l'administration générale de l'Assistance publique qui, après avoir fait procéder à une contre-enquête, statue provisoirement. Sa décision est ensuite approuvée par le Conseil et devient alors définitive. L'établissement des listes d'assistance a lieu tous les trois mois et, plus souvent, le cas échéant, c'est-à-dire pratiquement, tous les mois : comme le paiement des mensualités n'a lieu qu'à terme échu, il peut s'écouler un assez long délai entre la demande et le premier paiement.

Ce qui précède ne s'applique qu'aux postulants ayant leur domicile de secours à Paris. En ce qui concerne les autres, les dossiers sont envoyés sans être soumis au Conseil municipal de Paris par l'intermédiaire de la Préfecture de la Seine aux communes où ils ont conservé ce domicile et à qui il appartient de décider de leur admission et de fixer le taux de l'allocation. En province, ce taux varie, le plus souvent, de 5 à 15 francs ; dans la banlieue de Paris, de 15 à 25 francs (1).

Par contre, si l'assisté a son domicile de secours à Paris et sa résidence en province, il jouira des allocations suivant les taux fixés à Paris ; il en sera de même des assistés admis à Paris : s'ils se transportent en province, ils conserveront la pension qu'ils touchaient à Paris.

L'accomplissement des formalités qui viennent d'être indiquées est indispensable, puisqu'elles sont prescrites par la loi. Pendant les délais qu'elles exigent, les postulants ne restent pas sans aide : ils peuvent demander aux bureaux de bienfaisance des secours temporaires dans les formes ordinaires.

Toutes les pièces, certificats, actes d'état civil, etc., à produire par les postulants à l'assistance obligatoire, sont délivrés sans frais et dispensés de timbre.

Notifications et secours. — Les décisions du Directeur de l'Assistance publique sont notifiées par écrit aux intéressés. D'autre part, des affiches indiquent la date du dépôt au bureau de bienfaisance de la liste arrêtée par le conseil municipal ; un délai de vingt jours à partir de cette date est accordé aux réclamants (intéressés, contribuables ou bureaux de bienfaisance) pour se pourvoir devant la commission d'appel des décisions qui ne leur auraient pas donné satisfaction. Leur réclamation doit être adressée par écrit au maire de leur arrondissement et il leur en est délivré reçu, mais cette réclamation ne peut être produite que contre la décision définitive du Conseil municipal, non contre la décision provisoire du Directeur.

Un second recours leur est ouvert, dans les mêmes formes, contre la décision de la commission spéciale, devant la commission centrale instituée au ministère de l'intérieur.

A tout moment, le taux de l'allocation peut être réduit ou augmenté par l'administration suivant les changements intervenus dans la situation de l'assisté.

(1) La décision à l'égard des assistés ayant un domicile de secours départemental est prise par la commission départementale (dans la Seine, par le préfet) et ratifiée par le Conseil général ; s'il doit à ce défaut être à la charge de l'Etat c'est le ministre de l'intérieur qui statue sur avis de la commission centrale et après avis du Conseil municipal de Paris ; d'où délais assez longs.

Paiement des allocations. — L'indigent admis à bénéficier de l'assistance obligatoire est pourvu de deux cartes : l'une, de petit format, lui sert de pièce justificative pour toutes les demandes qu'il peut avoir à faire au bureau de bienfaisance ; l'autre, la carte de payement, est divisée en douze cases qui servent à la constatation des payements successifs.

Les cartes de payement sont remises aux intéressés par les administrateurs des bureaux de bienfaisance à la fin de chaque mois, revêtues de la signature de l'administrateur qui vaut certificat de vie. Les bénéficiaires, après avoir eux-mêmes émargé leur carte, vont en toucher le montant au bureau à partir du 1er du mois, à terme échu. Si le titulaire ne sait pas signer, son acquit est donné par une croix appuyée de la signature de deux témoins.

Le titulaire peut faire toucher son allocation par un mandataire ; la qualité de ce dernier est établie par la présence entre ses mains de la carte d'identité et de la carte de payement de l'assisté qu'il représente.

La carte annuelle est, après chaque payement, conservée par le bureau de bienfaisance pour être remise à nouveau, ainsi qu'il a été dit plus haut, à l'assisté, à la fin du mois, par son administrateur.

Le bénéficiaire, une fois admis à l'assistance obligatoire et définitivement inscrit parmi les assistés, peut fixer sa résidence hors Paris ; la mensualité lui est alors adressée par la poste par mandat-carte, sur sa demande attestée par le maire de la commune de sa résidence, sur production d'un certificat de vie délivré par le maire et portant au plus tôt la date du dernier jour du mois de la mensualité et sur acquit donné par l'assisté sur le bon nominatif transmis par le bureau de bienfaisance. La signature du maire n'est soumise à aucune légalisation. Aucune mensualité ne saurait être payée à l'étranger.

La loi a prévu un recours contre l'assisté si on lui reconnaît postérieurement à l'admission ou s'il lui survient des ressources suffisantes ; contre ses parents tenus à la dette alimentaire (enfants pour leurs ascendants ; gendres et belle-filles pour leurs beaux-parents, sauf en cas de second mariage, et en cas de décès de l'époux produisant l'affinité et de ses enfants ; époux entre eux).

La mensualité est suspendue pendant le séjour à l'hôpital ; elle ne saurait se cumuler avec l'hospitalisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES

(Séance du 22 juillet 1909)

Insectes piqueurs de Madagascar, Tabanides. — ***M. J. Surcouf,*** qui s'est attaché à l'étude des insectes piqueurs de l'Afrique, présente à la société un travail très documenté sur les Tabanides de Madagascar. Ces tabanides, jusqu'ici du moins, ne comportent pas de Tabanides d'Afrique, ce qui semble apporter une preuve de plus à l'origine en partie indo-malaise de la faune malgache.

Un genre nouveau, le genre *Bouvierella*, et la description par l'auteur de nombreuse espèces nouvelles ajoutent à l'importance de cette étude des insectes piqueurs et suceurs de sang, dont la connaissance exacte offrent tous les jours de plus en plus d'intérêt pour le médecin colonial.

A propos de la médecine chinoise. – ***M. Chazrain Wetzel*** ayant eu l'occasion d'observer au Yunnam les médecins chinois et d'étudier leur pratique médicale, arrive aux conclusions suivantes :

1° La réputation de la médecine chinoise est absolument surfaite, les médecins chinois ne connaissent pas l'anatomie et n'ont aucune notion de pathologie ; ce sont surtout des empiriques.

2° Le Chinois n'est nullement adversaire de la médication européenne, et le médecin européen connaissant la langue du pays, arrive facilement à supplanter les médecins indigènes et même à pratiquer toutes les opérations nécessaires, malgré la crainte religieuse bien connue des Chinois pour toute mutilation.

Observations de larves cuticoles d'Œstrides américains. — ***M. Posada Berrio*** communique à la Société trois observations de larves cuticoles de *Dermatobia cyaniventris*. Dans le premier cas, le parasite, un ver macaque, siégeait sur la paupière gauche, à l'angle interne de l'œil ; dans les deux autres cas il s'agissait de Berne : l'un des malades présentait cinq tumeurs furonculeuses dans la tête, l'autre malade avait deux tumeurs furonculeuses à la face.

L'auteur cite le cas d'un malade, gardien de bétail, qui eut jusqu'à trente six vers macaques : très communs à la campagne, les cas d'infection ne s'observent en ville que par exception.

Enquête sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — ***M. Jouenne,*** dans ce travail, s'est attaché à exposer et à critiquer les théories diverses relatives à l'étiologie, à la pathogénie et au traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique ; on sait que plusieurs auteurs ont invoqué l'influence d'un agent pathogène nouveau spécifique de cette affection : M. P. Jouenne se rattache plutôt à la théorie de Firket et est conduit à considérer la fièvre bilieuse hémoglobinurique seulement comme un syndrome relevant de causes nombreuses et diverses.

Désinfection en surface par l'air chaud. — ***M. Le Faguays*** (de Nantes) présente à la Société un appareil de désinfection en surface fondé sur l'emploi de l'air chaud à 300°. Cet appareil, très ingénieux et très pratique, est destiné à rendre, dans les colonies, des services signalés, car il ne nécessite, pour fonctionner, que l'emploi du pétrole.

Seringue à ponction ganglionnaire. — ***MM. Wurtz*** et ***Thiroux*** présentent une seringue à ponction ganglionnaire. La seringue est portée par un ajutage séparé du corps de la seringue : on ponctionne le ganglion et en pressant un bouton on fait le vide dans l'ajutage et dans l'aiguille. Cette seringue est commode à manier et destinée à rendre des services.

La Société décide de se faire représenter au Congrès quinquennal des anciennes colonies qui se tiendra à Paris au début d'octobre prochain : MM. Grandjux et Wurtz, membres du bureau, sont désignés comme délégués.

ANALYSES

Valeur de la percussion dans le diagnostic des épanchements pleuraux ; par M. Gantz. (*Deutsche med. Woch.*, 24 juin 1909.)

L'auteur passe en revue toutes les données classiques sur la question ; puis il aborde l'étude de l'aire de matité que l'on observe du côté sain, et que l'on a décrit récemment sous le nom de « triangle de Grocco. » Pour Gantz, cette aire de matité remonte plus haut que ne le disent les auteurs, et sa forme serait variable ; elle serait même plutôt celle d'un triangle à base supérieure, celle-ci correspondant à une ligne qui irait de la pointe de l'omoplate à la colonne vertébrale.

La radiographie et la ponction prouvent qu'il n'y a pas de liquide ; il ne semble pas non plus que ce phénomène soit dû au déplacement du médiastin postérieur, comme l'a d'ailleurs démontré Sokoloff. Pascau.

Un cas de méningite traumatique par streptococcus mucosus ; par R. Rubb. (*Med. kl. Woch*, 18 *juillet* 1909.)

Il s'agit d'un cas de méningite par infection directe des méninges par une aiguille à crochet ayant pénétré jusque dans la cavité cranienne à travers la bouche, chez un enfant de 2 ans. Les phénomènes méningés éclatèrent dès le lendemain, et l'enfant mourut au 6e jour. Le liquide céphalo-rachidien renfermait à l'état de pureté le streptococcus mucosus, sous forme de petites chaînettes, dont les éléments sont pourvus d'une capsule et prennent le gram. Il se développe sur gélose alcaline très abondamment, sous forme de masses mucilagineuses.

Ce microbe, peu connu en France, a été bien étudié par Schottmüller, Neumann ; c'est un hôte habituel de la bouche et des fosses nasales. Pascau.

BIBLIOGRAPHIE

Les classes d'anormaux à Bordeaux. Rapport médico-pédagogique. (Une brochure de 70 pages chez Delmas. Bordeaux, 1909.)

J'ai déjà parlé de la partie médicale de ce rapport, due au Dr Régis : je donne maintenant quelques indications sur le rapport pédagogique de M. Rotgès. De l'ensemble se dégage la méthode bordelaise, sage, prudente, lentement progressive. Les maîtres n'ont pas, à l'exemple de certaines personnalités ignorant d'ailleurs tout de la pédagogie, codifié des méthodes d'instruction pour anormaux avant de connaître les sujets à éduquer. On constate que les psychologues et pédagogues s'inspirent de l'expérience et de la pratique quotidiennes, prenant ainsi un chemin qui semble plus long, mais est en réalité le plus rapide parce que le plus sûr. M. Rotgès insiste sur l'union étroite du maître et du pédagogue, et avec raison considère aussi le milieu social de l'enfant et son influence sur l'anomalie. Une hygiène sérieuse doit reconstituer le corps avant de cultiver l'intelligence qui en dépend. Il est toute une série de soins médicaux, pharmaceutiques et hydrothérapiques qui préparent le terrain et diminuent l'intensité de l'insuffisance mentale. Les éducateurs bordelais le reconnaissent, donnant ainsi une leçon aux brouillons qui se demandent à quoi peut servir l'examen médical d'un arriéré.

Ce rapport médico-pédagogique est précédé d'une préface de M. Thomin, recteur de l'Académie de Bordeaux, qui rend à tous, médecins et maîtres, la justice qui leur est due. Ce sont les efforts de tous qui ont fait des écoles spéciales bordelaises un type que les autres villes, même Paris, cherchent à imiter. G. P.-B.

Essais des produits pharmaceutiques. (1 vol. in-4 relié, de 90 pages, chez Meister Lucius et Brüning, à Hoechst-sur-le-Main, Allemagne).

Il s'agit des produits pharmaceutiques spéciaux, dus en France à la compagnie parisienne de couleurs d'aline de Creil, et dont le présent ouvrage indique scientifiquement les indications et les doses. On y lira tout ce qui a trait, en résumé, aux indications thérapeutiques et aux dosages des produits suivants : *Albargine, alumnol, anesthésine, antipyrine, argonine, benzosol, chloral-antipyrine, holocaïne, hypnal, nutrose, migrainine, orthoforme, pyramidon, résorcine, tuménol, uréthrane*, etc. L'opuscule se termine par l'indication de mélanges incompatibles tels que :

Albargine avec *chlorures, tannin.*
Antipyrine avec *tannin, iode, sels de fer, calomel, esprit d'éther azoteux.*
Salicylate d'antipyrine avec *acides libres.*
Artérénol avec *alcalins*, solution de *perchlorure de fer*
Benzosol avec *alcalins.*
Dermatol avec *sulfures alcalins.*
Ferripyrine avec *acide salicylique.*
Gujanasol avec *alcalins.*
Holocaïne avec *alcalins.*
Homorénone avec *alcalins*, solution de *perchlorure de fer, acétate de sodium.*
Hypnal avec *azotite d'amyle.*
Bleu de méthylène avec *alcalis caustiques.*
Pyramidon avec *azotite d'amyle, apomorphine, gomme arabique.*
Tuménol ammonium avec *sels, acides.*
Uréthane avec *alcalins.*

Électrothérapie ; par le Dr Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8 de 528 pages avec 251 figures, cartonné : 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

La Physiothérapie comprend les multiples méthodes de traitement dans lesquelles on utilise les agents physiques. Elles dérivent d'un principe commun, peuvent se combiner l'une à l'autre et se rapprochent par les connaissances techniques et l'instrumentation qu'elles nécessitent : il y a donc intérêt à les étudier parallèlement.

Aussi MM. Gilbert et Carnot ont-ils réservé, dans leur *Bibliothèque de Thérapeutique*, une place à part à la Physiothérapie : elle y constitue une section spéciale, composée de quatre volumes qui paraissent presque simultanément, et qui, rédigés dans un même esprit et d'après un même plan général, se complètent réciproquement l'un l'autre. Leur ensemble représente un Traité complet de Thérapie physique, le premier du genre, dont le besoin se faisait vivement sentir en raison de l'importance, chaque jour grandissante, de ces nouvelles méthodes de traitement.

La *Physiothérapie* fait partie de la série consacrée aux agents thérapeutiques ; elle comprend quatre volumes : 1° Electrothérapie ; 2° Radiothérapie ; 3° Kinésithérapie (Massage, Mobilisation, Gymnastique) ; 4° Mécanothérapie, Rééducation motrice, Jeux et Sports, Hydrothérapie.

Depuis quelques années, ces agents physiques ont été appliqués au traitement d'un très grand nombre de maladies.

En Electrothérapie, on utilise, non seulement l'action des courants galvaniques ou faradiques sur le muscle ou sur le nerf mais aussi celle des courants de haute fréquence sur la nutrition, sur la tension vasculaire, sur l'histolyse ; on provoque l'introduction électrolytique des médicaments ; on cherche à déterminer le sommeil électrique, etc.

La première partie du livre de M. Nogier est consacrée à l'*Electro-technique* : courant galvanique ou courant constant, courant faradique, courant galvano-faradique, courants oscillatoires, électricité statique, franklinisation hertzienne, courants de haute fréquence. La deuxième partie est consacrée à l'*Electrophysiologie* et à l'action des divers courants. La troisième partie traite de l'*Electro-diagnostic*. Enfin la quatrième partie, qui comprend à elle seule la moitié du volume, expose l'*Electrothérapie clinique*, c'est-à-dire l'application de l'électrothérapie aux diverses maladies : maladies du système musculaire, du système nerveux et sensitif, du système articulaire et osseux, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil génito-urinaire, de la peau, des yeux, de la bouche, du nez, du larynx et de l'oreille. G. M.

Du rôle de la végétation dans l'évolution du paludisme ; par le Dr E. Le Ray. 1 vol in-8°. (A. Maloine, éditeur, Paris, 7 fr.)

Cet ouvrage a pour objet l'étude des causes des manifestations de l'infection palustre, en particulier des influences telluriques.

L'auteur démontre, en s'appuyant sur de nombreuses observations recueillies dans son service, par lui-même et par ses aides-majors, que l'inoculation des hématozoaires par les anophèles ne suffit pas pour donner lieu à un accès de fièvre paludéenne.

L'infection de l'organisme consécutive à cette inoculation peut ne se traduire par aucune manifestation morbide, parce que l'économie a le pouvoir, lorsqu'elle dispose librement de ses moyens d'action, de maintenir les hématozoaires en état de microbisme latent.

Le Dr Le Ray analyse longuement le mécanisme physiologique grâce auquel se réalise cet état de microbisme latent et s'applique à prouver que ce sont les causes susceptibles d'enrayer le libre jeu de ce mécanisme qui provoquent les diverses manifestations de l'endémie palustre.

Un accès de fièvre éclate lorsque les parasites, cessant d'être maintenus en état de microbisme latent, se précipitent dans les voies circulatoires et dévorent des globules rouges, incapables de se défendre de leurs attaques.

Le miasme paludéen est une des causes les plus capables de paralyser les actes physiologiques de défense que nous exécutons pour réduire à l'état latent la vitalité des hématozoaires introduits dans nos organes.

Ainsi se concilie fort bien la vieille doctrine de l'origine tellurique du paludisme, toujours vraie quoi qu'on en dise, avec la theorie moderne de l'inoculation des hématozoaires par les moustiques infectés.

Traitement de la Tuberculose pulmonaire ; par le prof. A. Gaussel, préface par M. le Prof. Grasset. (Coulet et fils, éditeurs, libraires de l'Université, 5, Grand'rue. 5 — Montpellier, 1 volume in-8° écu : 5 francs).

Ce livre est une mise au point d'une question toujours d'actualité : le traitement de la tuberculose pulmonaire considérée comme maladie de l'individu et comme maladie sociale. C'est

un travail de clinique qui renferme tout ce que l'étudiant et le praticien doivent savoir de la tuberculose pulmonaire, de sa prophylaxie, de son traitement ; par son côté social, il intéressera tous ceux que préoccupe cet angoissant problème de la lutte antituberculeuse.

Dans la première partie, l'auteur étudie *le tuberculeux* au point de vue clinique et moral (formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, psychologie du tuberculeux).

La deuxième partie, la plus importante, s'occupe du *traitement de la tuberculose en cure libre*.

Le médecin qui voudra soigner avec toutes les ressources de la thérapeutique la plus variée les diverses formes de la tuberculose pulmonaire, trouvera dans cette partie du livre exposés successivement et d'une façon complète tous les documents : l'hygiène, les médications spécifiques, cure alimentaire, cure de repos, cure d'air, médicaments, cures thermales, le traitement chirurgical, etc.

La troisième partie du livre s'occupe *des tuberculeux en collectivité*. L'étude des sanatoriums est faite avec détails et se termine par des renseignements pratiques sur la façon de placer les tuberculeux dans les divers sanatoriums français. Les développements sur les sanatoriums populaires amènent tout naturellement à parler des tuberculeux dans les hôpitaux.

Enfin le côté prophylactique et social de la question trouve sa place à propos des dispensaires antituberculeux et des différentes œuvres qui visent l'assistance aux tuberculeux guéris, (colonies agricoles, fermes de cure, etc.), ou la prophylaxie prétuberculeuse (sanatoriums marins, colonies de vacances, etc.), ou la lutte contre les causes sociales de la tuberculose (alcoolisme, logements insalubres, etc.).

A aucun moment, l'auteur n'oublie qu'il est médecin et qu'il écrit pour des médecins : le souci des moindres détails en ce qui concerne les divers points de l'ordonnance du tuberculeux, la variété des formules pharmaceutiques, les nombreux conseils de pratique courante donnent à son travail une note particulière qui le fera apprécier des praticiens.

Formulaire de consultations médicales et chirurgicales, par MM. Lemoine et Gérard, professeur à la faculté de médecine de Lille, avec la collaboration de M. J. Vanverts, Chirurgien des Hôpitaux de Lille, pour la partie chirurgicale. *Quatrième édition conforme au Nouveau Codex* 1908. (Vigot Frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-18 cartonné, peau. Prix : 7 fr.)

Depuis l'apparition de cet ouvrage en 1905, trois éditions se sont succédé. La quatrième édition que nous présentons aujourd'hui a été mise en conformité avec le Nouveau Codex 1908. Un grand nombre de formules ont été modifiées. Ces modifications sont d'autant plus importantes à connaître pour le médecin, qu'étant responsable de son ordonnance, il ne doit pas ignorer les changements dans la posologie résultant des nouvelles préparations faites suivant les exigences de la Nouvelle Pharmacopée 1908, dont l'application est devenue obligatoire à partir du quinze mai 1909.

Les changements dans le titre de certains médicaments ont été consentis pour se conformer aux décisions prises à la Conférence internationale de Bruxelles de 1902 dans le but d'unifier la formule des médicaments héroïques.

Pour toutes les formules comprenant une préparation dont le titre ou la composition ont été modifiés, les auteurs ont pris le soin de mettre, à côté du nom de cette préparation et de la dose indiquée, les initiales *n. C.* indiquant que ces formules sont conformes avec les exigences du Nouveau Codex.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage vraiment pratique et tout à fait au courant de la science tous les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession. C'est, nous le répétons, *le vade-mecum du médecin praticien*. C.

Revue des médicaments nouveaux ; par C. Crinon, 16e édition (1909). (MM. Vigot Frères, éditeurs, Paris. Prix : 4 francs.)

Dans la seizième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler ; parmi ces médicaments, les plus importants sont l'*Allosan*, l'*Arsacétine*, l'*Asyphil*, le *Brométhylate de morphine*, le *Camphosal*, le *Diplosal*, l'*Eucérine*, l'*Euphylline*, les *Ferments métalliques*, l'*Helkomine*, l'*Hydropyrine*, l'*Iodoménine*, le *Néoforme*, le *Nitrate de soude*, la *Paratoxine*, le *Sabromine*, le *Sérum marin* et le *Sodophtalyl*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître. M. G.

Histoire de la médecine par l'image, *estampe* (long. 1 m.) sur fond blanc (12 fr.) ou sur fond crème (15 fr.), avec notice historique, par l'artiste Noel Legrand, d'après la composition de M. Urbain-Bourgeois (Chez Maloine, 1909.)

L'auteur de cette belle reproduction a eu l'amabilité de nous adresser son beau dessin avec dédicace au *Progrès médical*. Tous nos remerciements à l'auteur. Nous admirerons d'une façon permanente cette belle allégorie, composée de 56 figures, réunissant les savants, les médecins, les physiologistes, qui ont le plus illustré l'art de guérir, dans tous les pays et dans tous les temps. On voit sur cette estampe, autrement dit à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, les maîtres des diverses écoles (Ecole Arabe, Ecole de Salerne, etc.) ainsi que Paré, Vésale, Bichat, Claude Bernard, etc. C'est cette œuvre d'Urbain-Bourgeois, que M. Noé Legrand reproduit, après 15 ans, avec un grand talent. Tout médecin voudra posséder cette estampe dans son cabinet de travail, comme évocation des maîtres de la médecine.

Etudes de psychologie sexuelle. L'inversion sexuelle, par Havelock Ellis, traduit par von Gbunep. 1 volume in-8 de 338 pages. Edité par *le Mercure de France*. (Paris, 1909.)

J'ai rendu compte antérieurement du premier volume de cette série sur la Pudeur. Ce nouvel ouvrage présente toutes les qualités du premier : même soin à s'appuyer sur les faits, même sagacité pour dégager des conclusions, même clarté dans l'exposition. Quand on a lu le volume sur l'inversion sexuelle, on ne peut douter qu'on connaissait fort mal cette anomalie. L'auteur fait remarquer tout d'abord que l'homosexualité est plus grande qu'on ne le pense, car en outre des faits d'homosexualité proprement dite, il existe toute une série de cas d'hermaphrodisme sexuel qui, au point de vue scientifique, ont une signification égale. Quand on considère les cas avec attention, on reste convaincu que l'inversion sexuelle vraie est congénitale. Certes cette conception s'oppose à cette opinion qui veut que l'inversion sexuelle puisse résulter d'une suggestion.

Mais un individu qui privé de rapprochements avec un sexe différent, se livre à des actes homosexuels ne reste tel, une fois qu'il est à même d'accomplir le coït normal, que s'il y est prédisposé. L'homosexualité n'était que passagère.

Par ailleurs, l'homosexualité peut passer inaperçue si une occasion ne vient pas la provoquer. Un individu peut donc être homosexuel théorique sans jamais verser dans la pratique. Ces quelques indications démontrent, on le voit, le soin avec lequel l'auteur a analysé les faits : son livre est basé sur l'observation et est rempli d'exemples véritablement cliniques.

Parlant de l'inversion sexuelle chez les femmes, Harelock Ellis affirme que si l'homosexualité légère est plus commune chez les femmes, l'inversion marquée est plus rare dans le sexe féminin. Il distingue de l'homosexualité ces amitiées hypertrophiées, qui naissent au couvent et proviennent du non-usage de l'instinct normal. Cette affirmation ne cadre pas avec les opinions courantes. Mais elle a ce mérite de classer les faits et de s'appuyer sur des renseignements précis et non sur des élucubrations.

A quoi tient cette disposition congénitale à l'homosexualité ?

A un stade du développement fœtal, l'homme est hermaphrodite ; si la différenciation sexuelle ne se fait pas, l'homme reste hermaphrodite. Mais si la différenciation est insuffisante, l'homme peut éprouver malgré son aspect extérieur une tendance à rechercher son sexe. De même que certains êtres trouvent que le sang a la même couleur que l'herbe, de même « l'inverti ne peut voir des valeurs émotionnelles évidentes pour des personnes normales et transporte ces valeurs à d'autres associations émotionnelles, qui pour le reste du monde sont nettement distinctes ».

G. P.-B.

Clinique hydrologique ; par les Drs Baraduc (de Châtel-Guyon), Félix Bernard (de Plombières), M.-E. Binet (de Vichy), Cottet (d'Evian), Furet (de Brides-Salins), Piatot (de Bourbon-Lancy), Sersiron (de La Bourboule), Simon (d'Uriage), Tardif (du Mont-Dore). 1 volume in-8°, de la *Bibliothèque de Thérapeutique clinique*, x-636 pages. (Masson et Cie, éditeurs). 7 fr.

Voici un ouvrage qui comble une lacune. Depuis de longues années, il n'avait pas été publié de travail d'ensemble sur la thérapeutique hydro-minérale qui a pris une si grande importance aujourd'hui. Préciser et éclairer les indications cliniques de cette thérapeutique spéciale, tel est le but de ce livre.

La **Clinique hydrologique** comprend une première partie consacrée aux généralités physico chimiques et cliniques. Dans la seconde partie, de beaucoup la plus importante, les auteurs passent en revue les diverses affections tributaires de la médication hydriatique, et, partant *du malade* et non pas de *la station*, s'appliquent à dégager, pour chaque type morbide, l'indication hydro-minérale que motivent la tare diathésique et le trouble fonctionnel du sujet en cause. C'est là surtout ce qui fait l'originalité de ce livre.

Il se recommande encore, au point de vue pratique, par les renseignements précis qu'il fournit sur les propriétés des eaux minérales françaises. On trouvera ces renseignements condensés dans des tableaux gradués de thermalités, de radio activité, d'altitudes, etc., ainsi que dans l'index de toutes les stations thermales, qui termine le volume.

Médecins exerçant dans des villes d'eaux différentes, les auteurs se sont réunis en nombre suffisant pour que toutes les grandes médications hydro minérales fussent représentées par leur groupement. Grâce à cette collaboration collective, ils ont pu parler, d'après leur propre expérience, de ces diverses médications, dont l'ensemble ne saurait être embrassé par un seul ; et, d'autre part, il se sont mis en garde, par un contrôle réciproque, contre la tendance que chacun aurait pu avoir, en restant isolé, d'étendre indûment le domaine thérapeutique d'une station aux dépens d'une autre.

C'est dans cet esprit, qu'évitant les considérations d'ordre trop doctrinal ou scientifique, ils ont entrepris l'inventaire des ressources que, sans sortir de notre pays, la pratique hydriatique met à la portée du médecin.

A celui-ci, ils se sont efforcés d'épargner, en limitant judicieusement les indications cliniques, l'embarras du choix où le met la prétention qu'ont trop souvent maintes stations de soigner avec succès toutes les maladies. Contre cette erreur, mère du scepticisme, ils ont pensé qu'on ne saurait trop réagir, dans l'intérêt tant des malades que des stations.

Expression réfléchie d'une pensée commune, leur livre s'applique donc à tracer impartialement les grandes routes qui permettront au praticien de ne pas s'égarer dans le domaine si accidenté et si vaste de la thérapeutique hydro-minérale.

L'habitation urbaine : chambres de domestiques, cuisines et loges de concierges, rapport présenté par MM. les Drs Henry Thierry et Lucien Graux, à la *Société d'Art populaire et d'Hygiène*.

Les auteurs ont eu la bonne idée de publier leur excellent rapport visant précisément la partie la plus intéressante de l'hygiène urbaine, celle qui concerne les « petits » (domestiques, cuisinières, concierges), dont la santé se trouve trop souvent compromise par l'égoïsme ou la rapacité des « grands ». Ce rapport est à répandre partout, moins peut-être parmi les victimes qui crieraient vite à l'assassinat et « sus au bourgeois » que parmi les propriétaires, les patrons, les employeurs de tout genre, pour les inviter dans leur propre intérêt à un peu plus d'humanité envers les « serviteurs »

Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale ; par Ed. Claparède, professeur à l'université de Genève, un volume in-16 de 284 pages avec figures. (Kundig, éditeur à Genève, 1909.)

Depuis quelques années la psychologie appliquée à la pédagogie a pris un essor considérable ; toutefois il faut avouer que les psychologues manquent souvent de clarté dans leurs explications et restent fréquement dans les théories. On ne peut faire ce reproche à M. Claparède, qui nous donne un livre excellent, plein d'aperçus originaux et d'applications pratiques. L'auteur connaît à fond son sujet, et nous prouve qu'une bonne pédagogie doit reposer sur la connaissance de l'enfant, comme l'horticulture repose sur la connaissance des plantes.

Le livre de M. Claparède n'est pas seulement utile aux éducateurs, il l'est à tout le monde et particulièrement aux médecins qui s'occupent des questions d'hygiène mentale, de l'enfance anormale ou de psychiatrie. Pour bien comprendre le défaut mental d'un élève, ses pertubations intellectuelles, ses défectuosites, il faut au préalable acquérir une connaissance de l'enfant normal. S'il en était ainsi, nous ne verrions pas ces diagnostics contradictoires qui s'étalent sur les rapports médico-légaux et troublent la justice au lieu de l'aider. Le volume de M. Claparède exercera une influence salutaire à ce point de vue, car la façon dont les choses y sont présentées est particulièrement claire et pratique.

De plus on pourra y lire quelques pages sur la fatigue éclairant d'une façon toute nouvelle le problème du surmenage. Je donne l'énoncé des principaux chapitres et des matières qu'ils traitent, c'est la meilleure façon de démontrer l'utilité de la lecture du livre.

Le *développement mental* : la naissance physique, la répercussion sur les fonctions mentales, le jeu de l'imitation, à quoi sert l'enfance, l'éducation attrayante, conception psycho-biologique de l'intérêt. Evolution des intérêts.

La fatigue intellectuelle : Sa mesure, les facteurs de la fatigabilité, coefficient ponogénique des diverses branches ; influence du travail physique sur la fatigue mentale, les problèmes, de la fatigue, le réservoir, d'énergie, le surmenage le repos.

A la suite de chaque chapitre se trouve une longue et très complète liste des travaux s'y rapportant. G. Paul-Boncour.

Handbuch der arztlichen Sachverstandigen Tatigkeit, ou traité de médecine légale publié sous la direction du Professeur Paul Dittrich, de Prague ; 7e volume, 1re partie, *Les empoisonnements*, par le Dr Franz Erben, avec préface et concours du professeur R. v. Gaksch. (1 vol. in-4, de 458 pages, chez Wilhelm Braumüller, éditeur à Vienne et à Leipzig, 1909.)

Ce présent volume représente la partie toxicologique de l'ouvrage tout entier, avec cette différence toutefois sur les traités habituels de toxicologie, c'est qu'au lieu d'être surtout botanique chimique ou pharmacologique, le présent travail est avant tout clinique, et repose sur les expériences personnelles de l'auteur. Deux divisions : partie générale, partie spéciale. Dans la 1re partie, on étudie l'action des poisons, les conditions d'action, l'étiologie des empoisonnements (suicides, empoisonnements industriels, médicamenteux), les intoxications endogènes (toxicoses autogènes, antigènes, endogènes-parasitaires, épigènes), le processus de l'empoisonnement (incubation, symptomatologie, diagnostic, causes d'erreur, anamnèse, pronostic, élimination), la prophylaxie.

Dans la seconde partie, l'auteur passe en revue les poisons inorganiques (gaz, halogènes, phosphore, arsenic, antimoine, etc). Les poisons d'origine organique ne sont pas traités dans le présent volume. L'ensemble est bien édité, en gros caractères, avec une bibliographie complète, et nul doute que le Traité de médecine légale du prof. Dittrich ne fasse excellente figure dans l'arsenal de l'enseignement médical, à condition que les autres volumes, que je ne connais pas, ressemblent au volume 7, dont on m'a confié l'analyse. C.

REVUE GÉNÉRALE

Le pouls lent ;

Par Georges FOY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans le sens plus le général du mot, le pouls lent est synonyme de bradycardie, et l'on peut dire qu'il y a bradycardie toutes les fois que le nombre des battements du cœur est inférieur à 70 ou 72 par minute. Ce ralentissement du pouls offre des degrés très variables, c'est une bradycardie légère ou modérée quand le pouls oscille entre 50 à 70 ; c'est une bradycardie extrême suivant les dénominations de Merklen quand le pouls tombe à 30, 20, même 16 ou 18 par minute, comme on l'a signalé dans quelques cas. Ce ralentissement plus ou moins marqué du pouls a une grande importance au point de vue du pronostic à tirer, mais les renseignements les plus importants à tirer sont fournis par l'état transitoire ou permanent de cette bradycardie.

Transitoire, la bradycardie n'a que la valeur d'un symptôme dû la plupart du temps à une cause bien connue, sans que l'on sache toutefois, dans beaucoup de cas, par quel mécanisme agit la cause initiale. Permanente au contraire, la bradycardie constitue une véritable affection avec ses accidents secondaires et ses dangers. Aussi nous faut-il étudier séparément l'une et l'autre de ces bradycardies qui diffèrent comme nous allons le voir au point de vue étiologique, symptomatologique, pronostique et thérapeutique.

I. — Bradycardie transitoire.

La bradycardie transitoire que l'on rencontre le plus fréquemment est celle qui accompagne l'ictère, soit le simple ictère catarrhal, soit l'ictère infectieux ou l'ictère chronique dû par exemple à une néoplasie hépatique, gastrique, biliaire, etc.

Disons toutefois que cette bradycardie s'observe surtout dans les ictères aigus, transitoires ; elle s'atténue, va même quelquefois jusqu'à disparaître au cours des ictères chroniques, comme si, dit Chauffard, l'appareil moteur du cœur s'accommodait par une sorte d'accoutumance au poison biliaire. Classique depuis Bouillaud, cette bradycardie des ictériques est communément caractérisée par 40 à 50 pulsations à la minute. Frerichs en a vu le nombre descendre jusqu'à 21. Malgré ce ralentissement très marqué du pouls, il est intéressant de noter qu'elle n'a jamais provoqué, à notre connaissance, de crises nerveuses et cela est dû probablement à ce que dans la jaunisse, le pouls reste très régulier, sans manques, ni pauses.

La physiologie a d'ailleurs reproduit expérimentalement cette bradycardie, la bilirubine injectée dans les veines ralentit d'abord les pulsations cardiaques puis les accélère. Le taurocholate et le glycocholate injectés dans des conditions analogues ont donné pour le premier un ralentissement notable du pouls, pour le second de la tachycardie et surtout de l'hypotension artérielle.

Il ressort nettement des expériences de de Bruin faites d'après la méthode de Stokvis que la bilirubine et les sels biliaires ont une action toxique spéciale sur le cœur. Il est plus difficile de préciser sur lesquels de ses éléments s'exerce plus particulièrement l'action toxique ; sur ce sujet les auteurs ne sont pas d'accord ; les uns admettent une action sur le pneumo-gastrique, d'autres sur le myocarde lui-même, d'autres sur les ganglions et nerfs intracardiaques. Sans vouloir discuter la question disons simplement que pour M. Bard, la bradycardie ictérique est seulement apparente que c'est, en réalité, un rythme couplé du cœur et qu'une systole sur deux est trop faible pour être perceptible à la radiale. Ces constatations, basées sur l'auscultation du cœur sur des tracés (sphygmogrammes et cardiogrammes pris sur le malade couché et debout), plaident en faveur d'une intoxication totale des éléments anatomiques du cœur intéressant à la fois leurs diverses fonctions.

D'origine toxique également est la bradycardie qui est produite par différents poisons parmi lesquels, il faut surtout citer le tabac, le plomb, la digitale, l'aconit, la belladone, le phosphore, etc. Ce ralentissement du pouls par la digitale est particulièrement curieux ; très inconstant au cours de l'administration de ce médicament, il n'apparaît que chez les malades dont l'appareil de conduction intracardiaque (faisceau de fibres auriculo-ventriculaires ou faisceau de His que nous apprendrons à connaître plus loin), fonctionne déjà imparfaitement.

Toxique encore serait la bradycardie que l'on observe quelquefois au cours des néphrites chroniques (le chlorure de sodium jouerait dans ces cas particuliers le rôle de poison). Cette bradycardie s'accompagne quelquefois de symptômes nerveux (crises syncopales et épileptiformes), ce qui rend très difficile le diagnostic avec ce que nous apprendrons à connaître sous le nom de pouls lent permanent.

Certains faits rapportés par MM. Enriquez et Ambard tendent à incriminer l'urémie comme cause unique de cette bradycardie, les accidents syncopaux et épileptiformes pouvant être mis sur le compte de cette même affection. Les auteurs ont pu par le régime déchloruré ramener le pouls très ralenti d'un brightique à la normale et ils donnent de cela une explication séduisante : l'excès de chlorure de sodium qui encombre l'organisme de certains brightiques, en modifiant la concentration normale de leurs humeurs, en fait un milieu impropre à la vie cellulaire, entraverait en partie l'accomplissement régulier des fonctions cardinales du myocarde. Cette solution très ingénieuse peut cependant ne pas être la vraie, car l'on sait combien sont fréquents les troubles nerveux chez les urémiques et pourquoi ne pas leur attribuer le ralentissement du pouls ? Nous signalerons ici, pour être complet, un cas de bradycardie observé à la suite de fracture osseuse par introduction de corps gras de la moelle dans le sang (Russmann).

La bradycardie a été constatée assez fréquemment au cours de certaines maladies infectieuses.

Dans les formes malignes et infectieuses de la diphtérie, le pouls tombe quelquefois au-dessous de 50, même chez l'enfant. Sidney Philipps a rencontré dans cette maladie un ralentissement extrême du pouls accompagné de vomissements et aboutissant à la mort. Henry signale dans sa thèse plusieurs cas où arythmie, syncope, crises épileptiformes, crises laryngées et mort subite seraient les symptômes habituels qui accompagnent le pouls lent post-diphtérique. La bradycardie n'est pas rare dans la grippe et le ralentissement du pouls peut être extrême : Stranger (de Worcester) a observé sur lui-même pendant l'influenza 16 pulsations par minute avec une sensation d'extrême faiblesse. Plusieurs cas de ce genre se sont terminés par une syncope mortelle. On observe quelquefois un ralentissement modéré du pouls au cours du rhumatisme articulaire aigu (Arnozan), au cours de la scarlatine (Apert), à la suite de surmenage intense (Hirtz). La plupart du temps, ce ralentissement du pouls, dû probablement à un retentissement sur le myocarde, disparaît sans laisser aucune trace; mais ne peut-on supposer que cette lésion myocardique qui se sclérose ne persiste à l'état de corps étranger dans le muscle cardiaque et ne donne lieu à ce qu'on a appelé jusqu'à présent le pouls lent physiologique ?

Au cours d'affections gastro-intestinales le ralentissement du pouls a été noté plusieurs fois. Taylor rapporte un cas où le pouls était tombé à 28 par minute et qui successivement, à la suite d'un traitement approprié, se releva à 40, 50 et 72 pour rester ensuite à la normale.

Plus intéressants, plus récents et beaucoup moins connus sont les cas de bradycardie au cours de l'appendicite. C'est ordinairement après la période de début que l'on constate le ralentissement, et dans les quelques cas signalés jusqu'à ce jour, on voit le pouls tomber à 56, 52, 44, 40. La bradycardie, qui peut quelquefois coïncider avec une température élevée (39°6), persiste pendant quinze, vingt jours pour disparaître quelquefois avant, quelquefois après l'intervention chirurgicale. Suivant von Bokay, cette bradycardie serait relativement fréquente chez les enfants à la période de résorption des produits inflammatoires périappendiculaires, ; elle pourrait quelquefois apparaître après l'incision d'un abcès péri-appendiculaire ou à la suite de résection à froid de l'appendice. Kahn, qui en a également rapporté plusieurs cas, voyait dans le ralentissement du pouls un signe de gangrène de l'appendice et y attachait par cela même une grande importance au point de vue pronostic et traitement. Les faits ultérieurs sont venus démontrer que ce symptôme se rencontrait également dans des appendicites d'intensité moyenne, même légère. Broca a rapporté plusieurs cas d'appendicite avec bradycardie chez des enfants et, d'après lui, il s'agit probablement d'une action ré-

flexe partie, soit de l'intestin lui-même, soit du péritoine irrité autour de l'appendice enflammé. Vaquez a rapporté également deux cas de bradycardie au cours de l'appendicite (56 pulsations à la minute dans un cas assez grave qui, cependant, évolua normalement, 40 dans un deuxième cas où le malade présentait également de nombreuses défaillances qui auraient pû faire croire à un syndrome de Stokes-Adams). C'est dans ce 2e cas, qu'après une injection d'atropine, M. Vaquez vit le pouls remonter immédiatement à 80 et y rester définitivement. Il nous semble donc évident, dit-il, que cette bradycardie est d'origine nerveuse, qu'aucune altération myocardique ne saurait être invoquée pour l'expliquer.

Pendant la convalescence de nombreuses maladies dont la durée a été longue, il n'est pas rare de rencontrer du ralentissement du pouls, ralentissement qui s'accompagne également d'irrégularité ; ces caractères ont été bien indiqués par Lorain, qui leur accordait une grande importance : « Nous pouvons dire, écrit-il, quand commence la convalescence et cela avec certitude. Que le malade ait une température au-dessous de la moyenne, un pouls lent et irrégulier, cela nous suffit : il est convalescent ». Ces caractères, qui sont de bon augure et qu'il ne faut pas attribuer à quelque complication céphalique et cardiaque peuvent apparaître à la période de défervescence de toutes les maladies aiguës : fièvre typhoïde, rougeole, pneumonie, rhumatisme, érysipèle, variole, etc. Ils s'observent aussi bien chez les adultes et les vieillards que chez les enfants et les adolescents ; cette bradycardie dure rarement plus d'une semaine. Dehio a voulu placer à côté de cette forme un autre ralentissement du pouls de la convalescence, mais plus grave et de tout autre signification. D'après cet auteur, il y aurait une cyanose ou une pâleur plus prononcées que dans la forme précédente. Le pouls est plus facilement dépressible, à peine sensible, lent, irrégulier et souvent intermittent, le choc cardiaque faible et imperceptible. Dans ces cas, Dehio tend à admettre une origine cardiaque. Nous devons rapprocher de la bradycardie des convalescents le ralentissement qui succède quelquefois pendant plusieurs heures à l'accouchement. Il y a seulement quelques années, on attribuait ce phénomène à l'hypertension artérielle que l'on croyait normale au cours de la grossesse et dans les suites de couches. Mais M. Vaquez a ruiné la valeur de cet argument en démontrant que la tension artérielle de la femme enceinte oscille habituellement entre 13 et 15 cm. de mercure, que cette tension s'élève seulement pendant les efforts de l'accouchement, mais d'une façon toute transitoire et que dès le lendemain on peut constater le retour à la normale.

Le ralentissement du pouls est un phénomène constant au cours de certaines maladies du système nerveux. Charcot a signalé la bradycardie dans la première période de l'hémorragie cérébrale et plus tard, le pouls redevient normal ou s'accélère en même temps que la température s'élève aux approches de la mort. La bradycardie est un des signes habituels de la commotion cérébrale. Elle se rencontre souvent aussi dans les abcès et tumeurs du cerveau, quelquefois également au cours de l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. Froin, dans sa thèse, en rapporte deux cas au cours desquels le pouls était tombé à 52-48 : le premier cas mortel, le second curable et retour du pouls à la normale. Dans les méningites, la méningite tuberculeuse surtout, le ralentissement du pouls succédant à quelques jours d'accélération a une grande valeur diagnostique ; du 4e au 5e jour le pouls tombe à 60, 50, 40 et en même temps devient inégal et irrégulier, il s'accélère deux ou trois jours avant la mort. Cela est fait bien connu, mais ce qui l'est moins, c'est le ralentissement du pouls que l'on observe au cours de légères réactions méningées accompagnant une maladie infectieuse. MM. Chauffard et Boidin ont bien mis ce symptôme en valeur au cours d'oreillons. Dans les trois cas qu'ils ont publiés existait une réaction ménigée très nette, caractérisée par une céphalée intense, une lymphocytose rachidienne très nette ; dans un cas même, de l'inégalité pupillaire, enfin un ralentissement notable du pouls (52-56, 55), Ce dernier symptôme disparaissait au bout de quelques jours et le pouls revenait immédiatement à la normale. Dopter a rapporté également deux cas d'oreillons accompagnés de bradycardie et céphalée.

Les maladies bulbaires s'accompagnent presque toujours — tout au moins pendant une certaine période de leur évolution — de ralentissement du pouls ; c'est ainsi qu'on le rencontre au cours des hémorragies bulbaires, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique. C'est pendant la période de début, alors que la région bulbaire est à peine effleurée par l'affection pathologique que la bradycardie existe. Un peu plus tard, quand le bulbe est plus profondément lésé, c'est la tachycardie qui apparaît. Disons dès maintenant que des lésions bulbaires peuvent provoquer également une bradycardie permanente (Brissaud, Heine, Stackler, etc.), nous y reviendrons plus loin .

La lenteur du pouls a été signalée dans la fracture des 5e et 6e cervicales et de la 1re dorsale (Hutchinson, Hugues, Turrel), elle dure dans ces cas quelques heures, quelques jours et disparaît quand la fracture guérit. Le pouls tombe à 48, 36 et même 30 par minute, ce ralentissement est transitoire et fait bientôt place à une accélération d'un pronostic fâcheux. Dans ces cas où la partie supérieure de la moelle est atteinte on observe parfois, conjointement à la bradycardie, de la dilatation pupillaire, car on intéresse ainsi le centre cilio-spinal et cardio-spinal démontré par Chauveau et dont l'observation curieuse de Rosenthal établit nettement l'existence ; dans ce cas, un coup de couteau donné au niveau de la 6e vertèbre cervicale produisit et la bradycardie et la dilatation des deux pupilles. Dans ce dernier cas, la bradycardie dura pendant deux semaines.

Tous ces cas de pouls lent transitoire s'expliquent par une action directe sur les centres modérateurs du cœur (irritation cérébrale, bulbaire, et médullaire), et confirment ainsi l'expérimentation. La physiologie nous apprend en effet que le pneumogastrique est le nerf modérateur du cœur et que l'excitation de ce nerf ralentit, ou plus exactement diminue le nombre les contractions cardiaques.

Plus difficiles à expliquer sont les nombreux cas de ralentissements du pouls que l'on observe dans certains cas d'aliénation mentale, au cours d'états mélancoliques, comme l'a signalé Manheimer.

Ce n'est plus par voie directe, mais par voie réflexe qu'agissent sur les centres nerveux et cardiaques les irritations portant sur le système nerveux périphérique pour produire un ralentissement plus ou moins marqué du cœur. C'est ce qui se produit parfois dans les crises gastralgiques (coliques hépatiques et néphrétiques, crises gastriques, tabétiques (Rosenthal), les névralgies, les lésions des nerfs sciatiques (Grob). Vaquez a signalé un cas de ralentissement du pouls survenu à la suite d'une violente contusion de l'épigastre, Potain a vu quelques affections laryngées ou la présence de corps étrangers dans le pharynx être suivies de bradycardie.

Signalons encore quelques cas de pouls lent passager observés chez des neurasthéniques et des hystériques (Pott-Debove). Dans une observation de Triboulet et Gougerot, le pouls se ralentissait à chaque crise nerveuse et tombait à 34, 36, 40. Puis le pouls passait à l'état de pouls bigéminé avant de revenir à l'état normal.

Chauffard a décrit certaines formes de bradycardie paroxystiques coïncidant, dans un cas avec un zona intercostal chez un homme de 40 ans, ancien rhumatisant ; dans un autre cas, avec une pleurésie séro-fibrineuse, plus exactement avec la ponction évacuatrice faite au cours de cette pleurésie chez un ancien rhumatisant de 59 ans. Il semble que dans l'un comme dans l'autre cas ces crises de bradycardie passagère aient été sous la dépendance de troubles nerveux, comme d'ailleurs l'a prouvé l'épreuve de l'atropine faite chez le 2e malade, à la suite de laquelle on a vu le pouls monter de 40 à 80 pulsations.

D'une signification tout autre sont les crises de bradycardie paroxystique survenant sans cause quelconque chez des sujets ayant ordinairement un pouls battant à la normale ; au cours de ces crises, le pouls tombe ordinairement à 30 et même à 20,18 pulsations par minute et apparaissent des phénomènes nerveux (syncopes et attaques épileptiformes). Puis la crise passée, le pouls remonte à la normale ; ces crises peuvent se répéter assez fréquemment et reviennent, toujours semblables à elles-mêmes jusqu'au moment où le pouls se ralentit uniformément et reste invariable, ne subissant plus l'influence d'efforts musculaires, de la fièvre, etc., même de l'atropine et, fait qui semble plus curieux, les phénomènes nerveux disparaissent dès que le pouls lent intermittent se transforme en pouls lent permanent. On a alors affaire à une bradycardie permanente qui va maintenant nous

occuper, et cette période de ralentissement paroxystique du pouls n'est, comme nous le verrons, qu'une première phase du véritable pouls lent permanent.

II. — Pouls lent permanent.

La bradycardie transitoire avait été de longue date notée par les cliniciens, qui la considéraient d'ailleurs comme un phénomène curieux plutôt que comme un symptôme de quelque valeur clinique. Il faut arriver au contraire au commencement du XIXe siècle pour voir les auteurs insister sur la permanence possible de ce phénomène et sa valeur en nosologie.

Le professeur Brissaud fait remarquer que Morgagni, dans deux observations, avait attiré l'attention sur ce phénomène; mais celles-ci étaient complètement oubliées lorsqu'Adams, en 1827, rapporta la première observation complète de pouls lent permanent en même temps qu'il signalait l'apparition d'accidents apoplectiformes sous le titre suivant : « Attaques d'apoplexies répétées pendant longtemps — absence de paralysies — lenteur remarquable du pouls — dégénérescence graisseuse des deux ventricules ».

A partir de ce moment, de nombreuses observations furent publiées dans lesquelles le pouls lent permanent était considéré comme en rapport avec des lésions cardiaques. Une des premières observations parues en France fut celle d'Andral en 1834. A l'étranger, Rich Quain, Hansfield Jones et surtout Stokes, en 1846, notèrent successivement pendant la vie un ralentissement permanent du pouls avec attaques apoplectiformes chez des sujets à l'autopsie desquels ils trouvaient comme lésion une dégénérescence graisseuse du cœur. Stokes rapporte quelques observations tout à fait concluantes et l'on peut dire que la symptomatologie de cette affection fut presque élucidée par lui. Il décrit même des symptômes que l'on a cru découvrir ces dernières années, tels que battements des jugulaires, systoles avortées alternant avec les battements normaux du cœur. Comme avant Corvisart et même avant Bouillaud, on admettait un rapport étroit et constant entre l'état du cœur et les caractères du pouls, il n'est pas étonnant de voir les premiers observateurs rapporter toujours à des lésions valvulaires ou myocardiques la production du pouls lent permanent.

En 1844, Halberton signale l'apparition du syndrome dénommé depuis syndrome de Stokes-Adams, c'est-à-dire ralentissement permanent du pouls avec crises syncopales et épileptiformes à la suite d'un traumatisme de la portion cervicale de la colonne vertébrale. Hutchinson, Gurtl, Rosenthal, en rapportent quelques observations identiques et l'on admit à la suite de celles-ci que le ralentissement permanent du pouls est symptomatique d'une lésion cardiaque ou d'une lésion de la colonne vertébrale dans sa partie supérieure. C'est à Charcot que revient l'honneur d'avoir montré que le syndrome clinique constitué par le ralentissement permanent du pouls et les attaques syncopales ou apoplectiformes, qu'il soit consécutif à une lésion cardiaque, à un traumatisme de la région cervicale, à une maladie infectieuse ou à une simple action réflexe, reconnaissait pour cause probable l'ischémie bulbaire. « Je suis très porté à croire, dit-il, que l'origine de ces accidents doit être recherchée dans la moelle épinière et le bulbe ». Ce sont les idées qu'il professe à la Salpêtrière et qu'il expose dans la thèse de son élève Blondeau en 1879.

Depuis ce moment, de nombreuses observations publiées par différents auteurs, Cornil, Malassez, Lépine, Huchard, ont prouvé qu'il existait un syndrome clinique caractérisé par du ralentissement permanent du pouls et des attaques apoplectiformes ou syncopales, symptomatiques d'affections diverses, mais presque constamment en rapport avec un état ischémique du bulbe.

Une fois ce syndrome bien établi au point de vue clinique, restait à en élucider la pathogénie. Nombreux alors furent les travaux qui tentèrent de trouver une solution. Lasègue, Debove, Gingeot, Comby, Huchard, Regnard, Leflaive, discutent les interprétations données jusqu'alors sans y ajouter une notion satisfaisant complètement l'esprit et expliquant tous les cas publiés dans la littérature médicale. Entre temps, quelques auteurs, Stackler, Lannois, Neuburger, Brissaud, publient quelques cas de pouls lent permanent avec lésions indubitables du pneumogastrique.

Ce n'est que tout récemment, sous l'impulsion des travaux étrangers, des découvertes anatomiques de His, Paladino, Aschoff et Tawara, des expériences d'Engelmann et Hering que la question du pouls lent permanent semble s'être engagée dans une voie plus féconde, en adoptant de nouveau la pathogénie des premiers observateurs Stockes et Adams, mais en l'éclairant de données précises et claires, vérifiées par l'anatomie, la physiologie et la clinique. C'est grâce aux travaux intéressants de Vaquez et de son élève Esmein que la nouvelle interprétation du pouls lent permanent a été connue en France. C'est aux mémoires et thèses de ces deux auteurs que nous ferons de nombreux emprunts pour étudier le sujet qui nous occupe.

Etiologie et pathogénie.—C'est la plupart du temps chez des gens relativement âgés, c'est-à-dire après 40 à 50 ans, que l'on observe ce pouls lent permanent, de préférence chez des hommes. On l'a rencontré cependant quelquefois entre 28 et 30 ans et quelques observations de pouls lent chez les enfants ont été publiées. On a relaté avec soin les maladies antérieures que présentaient ces malades en insistant avant tout sur l'artério-sclérose, l'urémie et sur certaines complications cardiaques..... sans que l'on ait pu jusqu'à ces derniers temps accorder une véritable importance pathogénique à chacune de ces différentes affections.

Les premiers auteurs, c'est-à-dire Adams, puis plus tard Stokes, avaient noté très justement que la cause de cette affection était du côté du cœur, et dans les quelques observations qu'on leur doit, ils insistent sur la dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque de leurs malades. Ils attribuaient également les syncopes et autres accidents nerveux à l'insuffisance de l'irrigation cérébrale.

Ces premiers observateurs avaient vu des choses très exactes, mais ils en ruinèrent la portée en voulant leur assimiler la totalité des cas de pouls lent permanent.

Mais cette théorie avait paru par trop simpliste ; les cardiaques n'ayant jamais eu de pouls lent étaient par trop nombreux. aussi fut-elle vite abandonnée.

Théorie nerveuse. — La physiologie et l'expérimentation s'en mêlant, c'est du côté de l'innervation du cœur et du côté du système nerveux central que les cliniciens orientèrent ensuite leurs recherches et voulurent voir la cause du syndrome qui nous occupe. La physiologie, en effet, qui venait de démontrer l'influence du bulbe et de la moelle cervicale sur les battements du cœur en fournit le thème à Charcot. Réunissant les observations éparses dans la littérature médicale, il éleva le pouls lent à la dignité de maladie nerveuse et en plaça la cause dans le bulbe et la moelle cervicale. Il s'appuie sur des cas empruntés aux chirurgiens allemands et anglais ; Halberton rapporte qu'un malade de 64 ans fait une chute sur la tête ; deux ans plus tard, on constate chez lui du pouls lent au moment où apparaissent des crises épileptiformes auxquelles il succombe. A l'autopsie on trouve un rétrécissement de la partie supérieure du canal rachidien et du trou occipital. Puis suivent des observations de Gurtl, Hutchinson, Rosenthal, de Boffart, qui rapporte également un cas de pouls lent avec rétrécissement du trou occipital. A côté de ces cas où l'on trouvait une lésion nerveuse suffisante pour expliquer ce syndrome, nombreux étaient les cas où le système nerveux était intact. Charcot a montré qu'il fallait également en chercher la cause immédiate dans une altération bulbaire, qu'elle soit fonctionnelle, traumatique ou toxique, altération intéressant les noyaux d'origine du pneumogastrique. Il a montré qu'il devait s'agir de troubles circulatoires bulbaires dans les cas où le système nerveux a semblé primitivement lésé comme dans ceux où les lésions cardiaques étaient prédominantes. L'identité des symptômes observés dans les cas où la compression bulbaire était manifeste, comme dans ceux où la dégénérescence du myocarde, l'artério-sclérose, pouvaient seuls être incriminés étaient pour lui la preuve d'un même mécanisme pathogénique ; aussi attachait-il une grande importance à l'artério-sclérose des artères du bulbe, qui était pour lui, la cause de l'ischémie bulbaire. Cette théorie vasculaire soutenue avec beaucoup de chaleur par Huchard, à côté de la théorie purement nerveuse, fut adoptée par beaucoup d'auteurs et régnait encore en maîtresse jusqu'aux récentes découvertes de His concernant l'anatomie du myocarde.

Le rôle du pneumogastrique étant mieux connu expérimentalement, on incrimine de plus en plus, s'appuyant sur l'autorité

du professeur de la Salpêtrière, les lésions funiculaires ou nucléaires de ce nerf, et la littérature médicale renferme des observations probantes de bradycardie liées aux altérations de la 10e paire.

Heine avait déjà publié en 1841 le cas d'un malade atteint de vertiges, syncopes, arrêts du cœur avec bradycardie, à l'autopsie duquel on trouve des granulations grises sur le cervelet, de la tuberculose pulmonaire et une grosse adénopathie trachéobronchique englobant le pneumogastrique. Stackler en 1882 observe un malade dont le pouls battait 36 à 40 pulsations par minute avec des vomissements, des troubles respiratoires. A l'autopsie, l'aorte ascendante, enflammée et dilatée adhérait à la trachée, à la bronche et au pneumogastrique droit. Masoin, Neuburger, et Edinger, le professeur Brissaud, ont rapporté depuis des cas de pouls lent permanent en rapport avec un envahissement du pneumogastrique par une masse cancéreuse, une atrophie du bulbe, une gomme du cervelet. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ce syndrome d'origine nerveuse et en quoi il se distingue du pouls lent dû à une lésion myocardique.

Il importe de dire cependant que si Charcot avait formulé explicitement la théorie bulbaire du pouls lent permanent et l'avait défendue de son autorité, il ne niait pas cependant le pouls lent par lésion myocardique. Après avoir rappelé que, d'après l'opinion des rares anciens auteurs qui l'avaient étudié, le pouls lent ne s'observait que comme conséquence de certaines maladies organiques du cœur (rétrécissement aortique, dégénérescence graisseuse, infarctus cardiaque), il ajoute : « Je suis bien loin de vouloir nier que le phénomène de pouls lent puisse reconnaître, en effet, pour point de départ, une lésion organique du cœur ». Pour lui, il existait donc deux variétés de pouls lent : une d'origine bulbo-médullaire, l'autre d'origine cardiaque. Mais la deuxième variété restait encore à démontrer.

Cette origine bulbaire (lésion anatomique ou vasculaire), attribuée par Charcot à la seule variété nerveuse, fut bientôt et insensiblement invoquée par la plupart des médecins pour la totalité, ou presque, des cas de pouls lent permanent.

Théorie myocardique. — Depuis quelques années, par un retour de fortune, la vieille théorie myogène d'Adams et Stockes revient en honneur. Il est vrai qu'au simple et vague affaiblissement du myocarde supposé par les anciens auteurs on a substitué une lésion nette et exactement localisée à une région myocardique, si bien qu'aujourd'hui la théorie neurogène semble perdre du terrain en face de cette théorie myogène grandissante que MM. Vaquez et Esmein ont fait connaître en France et qu'ils ont appuyée d'intéressants travaux personnels. Cette dernière n'est que l'aboutissant logique d'une découverte faite il y a une quinzaine d'années.

En 1893, Stanley Kent, et un peu plus tard His junior, démontrèrent l'existence d'un faisceau faisant communiquer oreillettes et ventricules, faisceau qui existe constamment chez les oiseaux et les mammifères adultes, y compris l'homme, et dont l'étude anatomique et physiologique devait aboutir à la théorie actuelle du syndrome de Stokes-Adams. Jusqu'à cette époque, la musculature du cœur était regardée comme discontinue, celle des ventricules étant indépendante de celle des oreillettes, His a donné une excellente description de ce faisceau unissant ou communicant qui porte à juste titre son nom.

Anatomie du faisceau de His.— Après avoir ouvert les cavités cardiaques selon la méthode classique, si l'on examine attentivement la région située entre les valvules des orifices artériels (en haut) et les valvules auriculo-ventriculaires en bas, voici ce que l'on voit : sur la paroi septale on interne du cœur droit, à la limite de l'oreillette et du ventricule droit : la valve interne de la tricuspide. Au-dessus et en arrière de cette valve, à l'union des faces postérieure et interne de l'oreillette droite : l'embouchure du sinus coronaire, au-dessous des orifices des veines caves et du tubercule de Lower. Immédiatement en avant de l'abouchement de la veine coronaire, le faisceau de His commence son trajet. Il est d'abord profond (tronc du faisceau de His). Pour le mettre à nu, on doit enlever un fragment d'endocarde à hauteur et un peu en avant du sinus coronaire, au-dessus du bord libre de la valve tricuspidienne plus quelques fibres musculaires qu'il faut disséquer de haut en bas ; on découvre alors une petite bande musculaire plus pâle que le myocarde environnant, légèrement oblique en bas et en avant (par rapport au grand axe du cœur supposé vertical). C'est le faisceau de His. Il suit un trajet géniculé ; en arrière, il continue manifestement fibre à fibre le myocarde auriculaire. En bas, il repose sur la limite supérieure du septum interventriculaire. En avant, il s'infléchit vers le bas, plonge dans le septum auriculo-ventriculaire. Plus bas, à la hauteur de l'insertion de la valve médiane de la triscupide, il forme un renflement ou plexus musculaire ; il traverse successivement la portion membraneuse puis la portion musculaire du septum dont il reste indépendant, grâce à une gaîne conjonctive qui l'enveloppe.

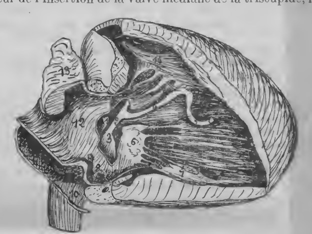


Fig. 1.

Cœur droit ouvert. — 1. Cartilage central. — 2. 3. Tronc du faisceau de His. — 4. Sa branche de division droite, se continuant en partie avec les m. papillaires. — 6. Valve septale de la tricuspide en partie enlevée pour mettre à jour le faisceau de His.— 8. Sinus coronaire. — 9. Tub. de Lower. — 10. Veine cave inférieure. — 12. Oreillette droite.

Enfin, au niveau de l'aorte, il s'est divisé en deux branches (droite et gauche), qui se terminent en s'anastomosant en éventail avec les muscles papillaires sous l'endocarde et plus superficiellement jusqu'à l'épicarde. La branche gauche (fig. 2), plus volumineuse, est souvent visible à l'œil nu sous l'endocarde dans le septum membraneux.

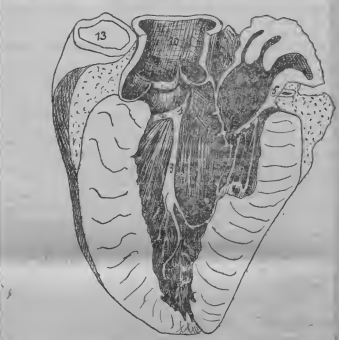


Fig. 2.

Cœur gauche ouvert. —1. 2. 3. Branche gauche du faisceau de His et ses divisions — 4. Piliers de la valve mitrale. — 5. Paroi de l'oreillette gauche ouverte. — 10. Aorte ouverte avec ses trois valvules. — 13. Artère pulmonaire.

Faisceau de His du cœur de veau (demi-schématique) (1).

La branche droite (fig. 1) se dirige en bas et en avant et se ter-

(1) Nous remercions vivement notre collègue et ami Esmein de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre ces deux clichés à notre disposition.

mine dans le faisceau modérateur (bandelette ansiforme) du ventricule droit où on peut le suivre presque jusqu'aux muscles papillaires de la face antérieure de ce ventricule.

Facile à voir dans le cœur du veau ou du chien, le faisceau de His est beaucoup plus difficile à voir à l'œil nu chez l'homme. Aussi faut-il se contenter d'en faire un examen microscopique, après avoir enlevé en bloc le morceau du cœur où est situé ce faisceau communicant.

His fit voir du même coup que, chez le lapin, la section de ce faisceau ralentissait les mouvements du ventricule sans modifier la fréquence des contractions auriculaires. Aussi se posa-t-il la question de savoir si le pouls lent permanent ne relevait pas d'une lésion de ce faisceau et demanda-t-il aux médecins la solution du problème. Ses recherches anatomiques et ses expériences physiologiques ne tardèrent pas à être répétées et confirmées.

Physiologie du faisceau de His.— Humblet, Erlanger et Hering réussirent au moyen d'instruments spéciaux à écraser d'une façon plus ou moins complète le faisceau de His et aboutirent à ces résultats extrêmement intéressants : une striction progressive de l'instrument permet d'obtenir à volonté un retard de plus en plus considérable du ventricule sur l'oreillette et finalement l'indépendance absolue des ventricules ; à ce moment, une excitation de l'oreillette n'est plus transmise au ventricule et réciproquement. Il est donc expérimentalement établi que la section complète du faisceau de His, chez l'animal, ne trouble pas le rythme auriculaire, mais ralentit les mouvements ventriculaires qui restent réguliers et indépendants des mouvements auriculaires, ne relevant plus que de l'automatisme des ventricules. Autrement dit, cette section n'amène qu'une bradycardie ventriculaire.

Les tracés comparés des contractions de l'oreillette et du ventricule montrent nettement cette dissociation des battements auriculo-ventriculaires, Or. cette dissociation est perçue avec netteté sur les tracés comparés de la jugulaire et de la radiale chez les malades présentant le syndrome qui nous occupe. En outre, l'examen nécropsique a révélé l'existence d'une lésion du faisceau de His amenant la destruction pathologique de ce faisceau, et cela en l'absence de toute lésion du pneumogastrique et du bulbe. Esmein rapporte dans sa thèse une dizaine d'observations très démonstratives. Tels sont les effets de la section ou de la destruction de la région inter-auriculo-ventriculaire.

Pour connaître définitivement les propriétés de cette région, il fallait chercher quels sont les effets obtenus par la simple excitation. Or, Engelmann a montré que la piqûre ou la ligature du faisceau de His produisent un rythme d'excitation particulière, c'est-à-dire une série de pulsations couplées, tandis que l'excitation de tout autre point du cœur n'amène qu'une seule pulsation..... et la clinique est encore en ce point d'accord avec l'expérimentation puisque Hering et Rihl ont vu qu'il existe une catégorie particulière d'extrasystoles qui amènent une arythmie spéciale et sont dues à l'exagération pathologique de l'excitabilité normale du faisceau de His. Cette série d'extrasystoles en roulement de tambour, comme le dit Wenckebach, rend momentanément inefficace la systole ventriculaire ; Mackensie a été plus loin en plaçant l'origine de toutes les extrasystoles dans le faisceau atrio-ventriculaire.

Dans le premier cas, c'est-à-dire section complète du faisceau, la transmission auriculo-ventriculaire n'est plus possible : les ventricules sont livrés à leur propre automatisme, ils sont en état d'autorégulation myogène ; il s'ensuit, par dissociation, un herzblock total.

Dans le deuxième cas, l'excitation du faisceau de His donne naissance à des systoles anormales qui viennent s'ajouter à celles que produit le stimulus normal du cœur, car la transmission se fait toujours entre oreillettes et ventricules. Dans ces conditions, survient de l'irrégularité paroxystique dont la conséquence est l'apparition d'attaques épileptiformes et syncopales parce que l'affolement du cœur préjudiciable à l'irrigation des organes provoque l'anoxhémie de l'encéphale.

Dans un troisième cas, ou cas intermédiaire, la destruction du faisceau reste incomplète et l'on voit se produire le phénomène du herzblock partiel, et le faisceau de His, troublé dans sa conductibilité, transmet lentement les contractions auriculaires ; de temps en temps une de ces contractions ne peut passer et reste bloquée, d'où pause intermittente des ventricules.

Il ne faut pas croire que, cliniquement, ces différentes périodes soient aussi nettement tranchées, et par exemple la bradycardie paroxystique peut coexister avec le ralentissement habituel du pouls.

Quelles sont les affections morbides capables de produire ces lésions du septum auriculo-ventriculaire ? Le faisceau de His étant, au pont myocardique, contigu aux valvules du cœur, ses maladies sont, d'une part, celles du myocarde, d'autre part, celles des valvules, de l'aorte en particulier, c'est-à-dire de l'endocarde. Toute endocardite valvulaire grave, qui dépassera en profondeur les limites de l'endocarde mettra donc en danger le faisceau de His ; heureusement, beaucoup d'endocardites restent superficielles.

Ces endocardites, toutes les maladies infectieuses peuvent les déterminer, mais il faut faire une place aux rhumatismes aigus, en particulier au rhumatisme articulaire aigu et cette complication peut survenir à deux périodes de l'évolution du rhumatisme : au début, au stade de polyarthrite aiguë fébrile, ou beaucoup plus tard, lorsqu'il ne reste plus du rhumatisme qu'une insuffisance mitrale ou aortique, le faisceau communicant se laissant envahir par le lent travail de sclérose consécutif à l'endocardite.

De même, les aortites de la crosse du vaisseau qui gagnent les valvules sigmoïdes peuvent pénétrer plus loin dans le cœur et arriver jusqu'au faisceau de His. Or, la cause la plus fréquente de ces insuffisances aortiques d'origine artérielle est la syphilis. Cette maladie joue un rôle important dans la maladie de Stokes-Adams, d'autant plus qu'elle peut atteindre directement le faisceau de His, la syphilis tertiaire cardiaque étant beaucoup moins rare qu'on ne le pense et il est à remarquer que la plupart des cas de maladie de Stokes-Adams dus à une lésion du faisceau de His relèvent de la syphilis (Rendu, Vaquez, Esmein).

En dehors de la syphilis, les lésions primitives du myocarde capables d'amener le pouls lent permanent sont de trois ordres :

a) Les malformations : communications interventriculaires ou interauriculaires qui, on le comprend, endommagent plus ou moins le faisceau de His ou tout au moins en feront un lieu de moindre résistance où viendront se localiser facilement les agents qui produisent les maladies infectieuses (cas de Morquio, de M. Labbé).

b) Les scléroses du cœur et l'on comprend facilement que la région des orifices auriculo-ventriculaires, essentiellement conjonctive à l'état normal, est une des régions du cœur qui se sclérose le plus facilement, au cours des néphrites lentes par exemple.

c) Les dégénérescences du cœur : aiguës comme on en rencontre au cours de certaines maladies infectieuses (diphtérie), ou chroniques : Stokes et Adams avaient, dès le début, signalé la dégénérescence graisseuse. Dufour a observé un pouls lent au cours d'une dégénérescence calcaire du myocarde.

On a signalé enfin un noyau cancéreux au niveau du faisceau de His (Luce). Oulmont et Lian ont rapporté un cas plus curieux encore : c'est celui d'un pouls lent survenu au cours d'une rupture du cœur et très probablement (l'autopsie manque malheureusement à l'observation) par déchirure du faisceau de His, Telles sont les différentes causes qui jusqu'à présent semblent devoir être invoquées le plus souvent comme lésant le faisceau communicant.

On comprend facilement quels désordres résultent logiquement de la suppression de ce faisceau inter-auriculo-ventriculaire et les Allemands considèrent ce trouble de la conductibilité (la conductibilité, étant avec la contractibilité et l'excitabilité, les trois propriétés fondamentales du myocarde), les Allemands considèrent, dis-je, ce trouble de conductibilité par lésion du faisceau de His comme une véritable entité morbide ; Hering l'appelle « maladie de la dissociation » voulant dire par là que la dissociation est son aboutissant naturel.

On a signalé (Heitz et Pouliot) tout dernièrement trois observations de maladie de Stokes-Adams due non pas à un trouble de conductibilité, mais à un trouble d'excitabilité. Il faut dire que M. Vaquez indiquait déjà à la Société médicale des hôpitaux, le 2 mars 1906, que les troubles portant sur les autres propriétés essentielles du myocarde pouvaient dans certaines circonstances réaliser également la bradycardie et par suite le syndrome de Stokes-Adams. Ainsi en est-il sans doute, disait-il, du pouls alternant qui, comme on le sait maintenant, dépend d'un

trouble de la contractilité cardiaque. Mais ces cas doivent être rares comme le pouls alternant lui-même (1).

Les troubles de l'excitabilité du myocarde sont, au contraire extrêmement fréquents ; on sait qu'ils se caractérisent par la production d'extrasystoles qui sont suivies d'une pause dite compensatrice, laquelle se prolonge jusqu'à la systole normale suivante. Lorsqu'à chaque systole normale succède une extrasystole avec sa pause compensatrice, on dit que le sujet présente un rythme bigéminé. Il peut arriver que ces extrasystoles se produisent d'une manière très précoce, alors que le ventricule n'a pas encore eu le temps de se remplir de sang, aussi sa contraction se fait-elle alors presqu'à vide ; l'extrasystole ne se transmet pas au pouls radial et ce dernier apparaît comme ralenti. Ce n'est que sur les tracés sphygmographiques que les extrasystoles apparaîtront très souvent sous forme d'un petit crochet sur la ligne de descente. Et dans ce cas, il se joint à la bradycardie des vertiges ou plus rarement des syncopes véritables dues à ce que, pendant la période d'extrasystole et le repos compensateur qui la suit, le cours du sang dans les artères est complètement arrêté et l'on se trouve alors dans les mêmes conditions que pendant les arrêts du cœur du pouls lent permanent. Certaines formes d'extrasystoles réalisent donc complètement le syndrome de Stokes-Adams. C'est pourquoi certains auteurs (Ortner, Merklen, Heitz et Pouliot, Barié) décrivent de ce syndrome deux formes : l'une caractérisée par la dissociation inter-auriculo-ventriculaire, l'autre par les extrasystoles inefficaces du cœur. Cette manière de voir n'a rien que de très logique, à condition que l'on se rappelle que les deux formes en question sont tout à fait différentes au point de vue de leur pathogénie, de leurs caractères graphiques et cliniques, et de leur pronostic.

En effet, le syndrome de Stokes-Adams par extrasystoles se voit presque exclusivement chez des malades atteints d'une valvulite chronique du cœur et au moment où l'asystolie a grandement affaibli le pouvoir contractile ; il disparaît avec elle et ne prend jamais le caractère permanent ; c'est lui qui avait été déjà décrit pas Potain sous le nom de « bradycardie asystolique » et a été confondu dans bien des cas avec la brachycardie digitalique.

Si la bradycardie peut paraître véritable au seul examen du pouls où les extrasystoles n'arrivent pas, on la reconnaîtra toujours par l'inscription simultanée des mouvements du pouls et du cœur où l'on voit toujours les systoles avortées. Cette forme mérite encore une place par la bénignité des accidents nerveux dont elle s'accompagne, ceux-ci ne revêtant guère que la forme vertigineuse, n'allant que rarement jusqu'à la syncope et jamais jusqu'à l'épilepsie. A côté de tant de différences, il faut noter toutefois un point commun entre cette bradycardie asystolique et le pouls lent permanent ; c'est que, comme ce dernier, le ralentissement par extrasystoles semble bien être dû à des troubles du faisceau de His, comme l'ont montré expérimentalement Engelmann, Munchs, Lohmann, etc., et anatomiquement, Mac kensie et Keith.

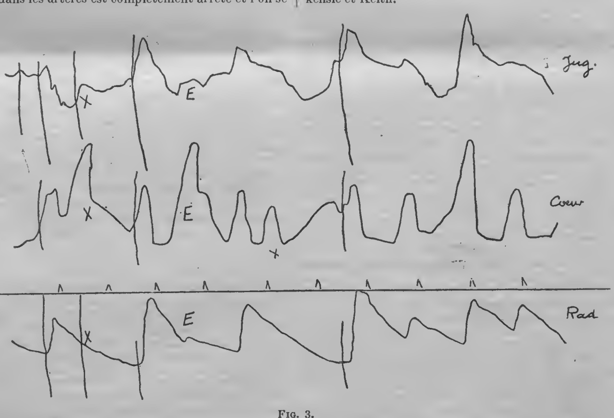


Fig. 3.

Syndrome de Stokes-Adams par extrasystoles répétées chez un hyposystolique (insuffisance mitrale). — Inscription simultanée des mouvements de la jugulaire, de la pointe du cœur et du pouls La première partie du tracé correspond à une syncope du malade (ralentissement du pouls : 3 battements en sept secondes. Il n'y a pourtant pas bradycardie véritable ; pendant les pauses du pouls, il existe des contractions régulières et des extrasystoles du cœur et des jugulaires (X, E, X —). D'après Vaquez et Esmein (cas Monb... inédit).

Cette bradycardie par extrasystoles étant encore à l'étude, nous ne lui consacrerons pas une description complète et nous nous contentons de signaler son intérêt et limiterons notre description à l'étude du véritable pouls lent permanent.

Telles sont donc les deux théories actuellement en présence pour expliquer le syndrome de Stokes-Adams :

La théorie myocardique, solidement établie sur des preuves anatomiques physiologiques et cliniques ;

La théorie neurogène qui pendant longtemps a été la seule pour expliquer le pouls lent permanent.

Quelle est la valeur de cette théorie neurogène, née bien avant l'autre, qui semble aujourd'hui avoir des bases extrêmement solides. Quelle est la valeur de tous ces cas de pouls lent permanent neurogène où le système nerveux seul a été examiné, alors que le cœur n'était que trop superficiellement observé anatomiquement et pour cause ? Et n'est-on pas impressionné par le cas de Rendu, où le pouls lent avait été mis sur le compte d'une légère artério-sclérose des vaisseaux bulbaires, alors que l'on ne songeait nullement à incriminer une gomme syphilitique énorme placée en plein septum auriculo-ventriculaire ? Evidemment, il

(1) Ce pouls alternant consiste dans la succession périodique et à intervalles à peu près réguliers d'une pulsation forte et normale et d'une pulsation petite et insuffisante. Il se distingue du pouls bigéminé en ce que la contraction la plus faible se produit sans avance ni retard ; il n'existe pas de pause compensatrice. Or, il suffit que les petites pulsations ne soient pas perceptibles à la radiale pour que l'on croie avoir avoir affaire à une bradycardie.

convient de garder une prudente réserve à ce sujet et d'attendre des examens complets et du système nerveux et du cœur, examens faits à la lumière des connaissances nouvelles et dans des cas identiques à ceux que l'on étiquette actuellement neurogènes pour que cette théorie nerveuse acquière une place bien assise à côté de la théorie nouvelle née.

Symptomatologie. — Quels sont donc les caractères propres et particuliers à ce syndrome que Huchard, pour rendre hommage aux auteurs qui les premiers l'ont observé et bien décrit, a dénommé le syndrome de Stokes-Adams ? L'élément principal est avant tout la bradycardie, bradycardie qui peut varier dans des proportions considérables, puisque l'on dit qu'un pouls est ralenti quand il bat 50, 40 pulsations par minute, que d'autre part l'on a signalé des ralentissements beaucoup plus considérables, 18, 15 et même 5 pulsations (Halberton) par minute. C'est la plupart du temps un pouls ample, régulier, bien frappé, qui se ralentit à l'approche des accès syncopaux ou épileptiformes dont nous parlerons tout à l'heure.

Ce pouls reste invariablement ralenti et n'est aucunement influencé par la marche ou un effort musculaire quelconque (on a même prétendu que le pouls se ralentissait après une marche ou un effort prolongé). De même, la fièvre n'a plus que peu ou pas du tout d'influence sur ce ralentissement du pouls.

M. Vaquez rapporte l'observation d'un malade dont le pouls, qui battait normalement à 24 pulsations par minute, ne monta qu'à 29 pulsations pendant une grippe où la température atteignit 40°2. La tension artérielle est ordinairement élevée. Chez quelques malades, on peut observer, après chacune des pulsations fortes de la radiale, une pulsation faible, avortée, réalisant un type d'arythmie régulière qui est le pouls bigéminé. (Ces formes autrefois considérées comme faisant partie du véritable pouls lent permanent n'appartiennent-elles pas en réalité à la bradycardie par extrasystoles que nous avons signalée ?).

Les tracés sphymographiques sont caractérisés par une ligne d'ascension ordinairement verticale et élevée, d'autres fois oblique, avec un large plateau terminal, et par une ligne de descente lente et traînante, avec ou sans trace de dicrotisme ; quelquefois ce dicrotisme est si marqué que le tracé sphygmographique que l'on obtient est celui d'un vrai pouls bigéminé, quelquefois, mais plus rarement celui d'un pouls trigéminé, la première pulsation se transmettant seule à la radiale.

Que donne l'examen du cœur dans ce syndrome particulier ? Souvent la percussion révèle une légère augmentation de la matité cardiaque, due à une hypertrophie portant sur le cœur gauche. Souvent l'auscultation reste négative ; d'autres fois, elle révèle la présence de souffles valvulaires (insuffisance ou rétrécissement aortique, insuffisance ou rétrécissement mitral). L'élévation de la tensoin artérielle est seulement marquée par le retentissement du deuxième bruit aortique.

Quelquefois aussi, l'auscultation révèle l'existence de bruits tout à fait spéciaux au syndrome qui nous occupe et que Stokes avait déjà entendus et décrits d'une façon très exacte. « En écoutant très attentivement, dit-il, on entend de temps à autre comme des tentatives de contractions qui avortent quatre fois par minute ».

Ce sont en effet des bruits sourds, d'intensité médiocre, que l'on entend dans les grands silences, bruits sourds qui rappellent par leur timbre celui d'une contraction cardiaque étouffée. Huchard les appelle systoles en écho. Tous les auteurs ont observé ce phénomène, mais tous ne l'ont pas compris de la même façon. Huchard pense que les bruits sont dus à des systoles incomplètes avortées, de telle façon que le pouls n'aurait de la lenteur permanente que l'apparence, car les battements du cœur peuvent être en nombre double de celui des pulsations radiales, une systole cardiaque forte étant suivie d'une systole faible, non transmissible au pouls.

D'autres auteurs ont donné depuis longtemps déjà une explication plus séduisante et qui se trouve confirmée de tout point par ce que nous savons aujourd'hui de l'anatomie et de la physiologie du faisceau de His. Stokes, Chauveau (1889), Vaquez (1890), attribuaient déjà ces demi-battements à la contraction seule des oreillettes, laquelle peut être complètement indépendante de celle des ventricules, et si, comme le fait le dernier auteur, on recueille simultanément les tracés de la région précordiale du pouls radial et de la jugulaire, on peut constater l'existence de soulèvements veineux analogues à ceux produits dans la jugulaire par la contraction de l'oreillette.

C'est à ces contractions auriculaires isolées que répondent les bruits que l'on perçoit dans le grand silence. Cliniquement, ainsi que l'avait vu Stokes, les malades présentent des battements jugulaires très nets. Parfois, ajoute Vaquez, à la suite d'appels réitérés de l'oreillette, le ventricule daigne pour ainsi dire entrer en contraction. C'est alors que l'on constate sur le tracé radial très faible le soulèvement dont nous avons parlé.

Cette théorie — puisque ce n'était qu'une simple théorie à l'époque où elle a été émise — a reçu une confirmation éclatante après les travaux de His, Engelmann, etc.

L'autre symptôme fondamental du syndrome clinique que nous étudions est constitué par l'apparition à intervalles plus ou moins rapprochés de crises syncopales ou apoplectiformes. Ces deux sortes de crises ne sont pas rares chez le même individu. Adams avait, dès 1827, remarqué la coexistence de la bradycardie et d'attaques apoplectiformes. Charcot y insiste beaucoup dans la thèse de Blondeau et cette coexistence est extrêmement fréquente quand la bradycardie atteint un certain degré. Ces accidents consistent dans une crise à double caractère, syncopale d'abord et plus tard comateuse ou apoplectiforme. C'est le plus souvent en faisant un effort que le malade est pris de faiblesse subite avec pâleur de la face, sueurs froides et état vertigineux. Parfois les accidents s'arrêtent là ; c'est le simple vertige et le malade ne va jamais jusqu'à perdre connaissance. Mais très souvent le vertige ne fait que précéder la syncope ; la perte de connaissance est alors complète et le malade présente tous les signes d'une attaque syncopale : chute brusque, corps exsangue, résolution complète, battements cardiaques insensibles. D'autres fois, le malade présente une véritable aura l'avertissant de ce qui va arriver ; cette aura peut revêtir différentes formes : ce sont des sensations variées, telles que battements du du cœur, pesanteur épigastrique, sensation de vacuité intracranienne, bruits étranges de tonnerre et de vitres brisées. Puis l'attaque vient, le malade tombe inerte, la respiration suspendue. Il reste pendant quelques minutes sans apparence de vie, puis si la crise se termine favorablement, la respiration se régularise, le teint redevient normal, le pouls sensible à la palpation. Mais cette crise peut se terminer et se termine fréquemment par la mort : la respiration reste irrégulière, ou prend le type de Cheyne Stokes, la cyanose augmente et le malade meurt.

Jamais — et c'est ce qui avait frappé les premiers observateurs — jamais ces attaques épileptiformes ne sont suivies de paralysie — même passagère — quelquefois, une troisième phase peut survenir, qui parfois succède à la crise syncopale ; c'est l'accès épileptiforme. L'accès dure également peu de temps. Dans la grande majorité des cas, il n'y a pas de cri initial ; la chute est rare. A cela près, c'est le tableau classique de l'épilepsie vulgaire : aura, perte de connaissance ; insensibilité, écume à la bouche, morsure de la langue, mouvements toniques puis cloniques de la face et des yeux. Le malade reste ensuite dans le stertor pendant quelque temps et la crise s'éteint, laissant après elle de l'abattement et de la somnolence. Si souvent ces différents accidents peuvent se succéder dans l'ordre que nous avons dit, ils peuvent cependant apparaître isolément.

Durant tous ces accidents nerveux, il est un fait constant, remarqué depuis longtemps : c'est l'accentuation paroxystique de la bradycardie, le pouls peut tomber à 18, 15, 5 pulsations par minute — jusqu'à l'arrêt complet du cœur, d'où mort consécutive. Après la disparition de ces phénomènes, le pouls remonte au chiffre de pulsations que l'on avait constaté avant la crise.

Il paraît bien démontré aujourd'hui que tous ces troubles nerveux sont en réalité non pas associés à la bradycardie, mais unis à cette dernière par une relation de cause à effet. C'est ce qui ressort à la fois de l'observation des malades et des faits expérimentaux, les deux méthodes nous montrant que ces troubles sont la conséquence de l'anémie de la région bulbaire par insuffisance de sang lancé par un myocarde insuffisant. La théorie myogène admet donc entièrement l'origine bulbaire de ces accidents nerveux. Expérimentalement, on a montré, en effet, que l'anémie bulbaire provoque des crises épileptiformes et des pertes de connaissance.

Küssmaül et Leimer ont, par la ligature des carotides, amené

des convulsions violentes et, chez l'homme, ont vu se produire syncope et épilepsie par une compression un peu prolongée des mêmes vaisseaux. Cliniquement, comme le dit Esmein dans son excellente thèse, l'examen des malades nous a révélé des faits importants : les attaques nerveuses surviennent toujours à la suite d'une suppression prolongée des contractions ventriculaires normales, seules capables de projeter le sang nécessaire à la vie dans les différents organes. Dans le pouls lent permanent, l'anémie bulbaire se produit de deux façons différentes : ou bien, les ventricules s'arrêtent complètement, c'est le cas le plus fréquent ; — ou bien, ils sont le siège d'un orage d'extrasystoles extrêmement faibles, incapables de chasser le sang dans les artères.

Tels sont les phénomènes constants qui constituent ce syndrome de Stokes-Adams

D'autres symptômes, mais beaucoup moins fréquents, peuvent apparaître pendant l'évolution de la maladie, mais symptômes inconstants et disparates : des symptômes respiratoires, tels que : dyspnée, respiration de Cheyne Stokes ; des symptômes digestifs, tels que vomissements, qui, souvent précèdent la crise syncopale ou épileptiforme.

On a signalé également l'apparition de véritables crises angineuses précédant les accidents nerveux caractéristiques, de l'œdème malléolaire, de la sensibilité au froid, de l'inégalité pupillaire, etc., etc.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la Réforme de l'Agrégation

Dans le dernier Bulletin du *Progrès médical*, notre distingué confrère Milian, à propos de l'arrêté ministériel du 21 juillet modifiant quelques points du statut de l'agrégation, s'indigne :

« Voilà donc, écrit-il, l'œuvre des Syndicats, des associations et des médecins en général ! »

Il considère les modifications provisoires de l'arrêté comme un recul, car il sait la durée du provisoire dans notre pays. Il termine par la boutade de Beaudelaire : « Tout homme a dans son cœur « un cochon » qui sommeille » et conclut « c'est « un bourgeois » qu'il faudrait dire.... ou ajouter ».

Nous, qui n'avons dans le cœur aucun être qui sommeille, pas même un aspirant à l'agrégation, nous ne saurions partager les craintes que Milian a jusqu'ici seul exprimé et avec une trop amère ironie.

L'agrégation, telle qu'on l'entend aujourd'hui, est une institution condamnée et morte. Elle l'est à ce point que, même en son sein, elle n'a pas trouvé de bien enthousiastes défenseurs. Elle subit le sort de toutes les institutions humaines qui, utiles en leur temps, disparaissent doucement quand elles n'ont plus leur raison d'être.

Convaincus que les hommes sont plus menés par les événements qu'ils ne les dirigent eux-mêmes, nous n'ajouterions qu'une importance minime aux résultats de notre campagne pour la réorganisation des études, si elle ne donnait la preuve manifeste de la puissance des Syndicats médicaux. Cette force récente s'affirme de plus en plus et, comme pour le suffrage universel, on pourra en discuter les effets, mais on sera tenu de s'y soumettre.

A ce propos nous rappellerons l'anecdote suivante que nous entendîmes conter autrefois :

C'était en 1887, le Président de l'Association générale des médecins de France, H. Roger, voyageait avec le Dr Maurat, de Chantilly, notre confrère du *Concours médical.* La nouvelle législation de l'exercice de la médecine était à l'ordre du jour et le vieux maître, H. Roger, ne voulait pas admettre les syndicats médicaux. En vain, le Dr Maurat s'efforçait de calmer ses appréhensions, de démontrer la nécessité de la défense professionnelle ; comme Milian, il ne pouvait souffrir que les médecins pour se défendre eussent recours aux syndicats comme de simples ouvriers zingueurs : « Des syndicats médicaux, disait-il ; jamais ! » — « Attendez, attendez, répliquait Maurat avec un bon gros rire, ils vous passeront sur le ventre ». Nous voilà vingt ans après et Maurat a été bon prophète.

Dans une fable de La Fontaine, un astrologue, absorbé par la contemplation des étoiles, se laisse choir dans un puits. Les temps ont changé ; nous ne sommes plus à l'époque de l'astrologie médicale ; nos jeunes savants ont remplacé la lunette astronomique par l'ultra-microscope et ce sont actuellement des tréponèmes qu'ils observent et non des étoiles, mais dans l'absorption laborieuse et utile de leur esprit, il est à craindre qu'à l'exemple de l'astrologue de la fable, ils n'aient qu'une vague notion des transformations fatales de la Société dont ils font partie et des milieux qui les environnent.

J. NOIR.

REVUE DES JOURNAUX

Le Congrès des « Danseurs de la Pentecôte ».

Le 1er mai, a eu lieu, à Cardiff, la réunion d'une des sectes religieuses les plus étranges de l'Angleterre, celle des « Danseurs de la Pentecôte ». Des délégués de Londres et de tout le Royaume-Uni se sont rencontrés pour faire un pandémonium d'hystériques religieux. Cette secte a donné des spectacles encore plus étranges que les danses extatiques des derwiches. La salle du Parc-Hôtel, où le congrès s'est réuni, retentissait de cris qui semblaient sourdre de tous les coins. Plusieurs membres de la secte se roulent sur le parquet comme des clowns. Un homme taillé en Hercule se tient debout au milieu de la salle. Sa large poitrine palpite sous le coup d'une émotion considérable ; ses yeux flamboient pleins d'inquiétude ; son visage est crispé comme s'il subissait les pires tortures ; à la fin, il pousse un rire strident. Sans cesse s'élève le fracas assourdissant des délégués en prières. Ce sont des cris sauvages implorant la grâce de Dieu, des gémissements d'âmes et de corps épuisés, le hurlement du désespoir ou des explosions de rires éclatants. Un colosse, aux cheveux drus et noirs, pleure et sanglote. On voit quelques délégués, assis jusqu'alors, se dresser d'un bond ; ils enfoncent les mains dans leurs flancs comme s'ils avaient été frappés d'une balle et qu'ils voulussent l'extraire, tandis que, devant eux, un homme pousse un cri aigu qui semble celui d'un chat sauvage traqué. Le directeur de cet étrange service religieux est un M. Smith Wigglesworth, de Bradford.

Dans l'après-midi il provoque les délégués à des ovations frénétiques en hurlant continuellement : « A moi, mes frères ! Venez ! venez ! La gloire, la gloire ! Du sang, du sang ! Amen ! Amen ! Cela dure une heure entière. S'adressant à un assistant qui est resté coi jusqu'alors, il lui crie : Si tu ne fais pas plus de bruit, mon frère, tu seras perdu ! »

Un homme d'environ 40 ans est étendu sur le parquet, immobile, rigide, poussant de petits cris comme un enfant méningitique. Les sanglots, les hoquets deviennent plus violents ; de temps en temps, le chant d'un cantique se mêle en sourdine à tout cela.

Quand le meeting est terminé, au bout de longues heures, quinze délégués sont tellement « possédés de l'Esprit » qu'ils ne peuvent plus quitter la salle. Le plus possédé est à genoux devant l'autel, il remue ses lèvres sans proférer une seule parole ; il secoue la tête et se tord à la fin dans une crise convulsive.

Tout à coup il a un rire strident et bredouille des mots inintelligibles. Alors le chef de la secte tire une petite fiole de sa poche et en fait tomber quelques gouttes sur la tête de son frère agenouillé ; l'effet est subit, miraculeux : l'homme, en proie à son paroxysme, rentre subitement dans son état normal, comme si rien ne s'était passé. (Dr Witry, de Trèves-sur-Moselle. *Revue de l'hypnotisme*, juillet 1909, p. 15.)

L'anesthésie régionale par voie intraveineuse.

La méthode consiste dans l'injection d'une solution de stovaïne à 1 p. 200 dans une veine superficielle du membre, après avoir vidé le sang des vaisseaux de la région anesthésiée. Je prendrai comme exemple-type une résection du coude, pour montrer la technique employée par Bier, le chirurgien de Greifswald.

Le premier acte consiste dans l'expression de la région à opérer de tout le sang qu'elle contient ; pour cela, il commence par enrouler depuis les doigts jusqu'à la partie moyenne du bras une bande d'Esmarch pour chasser vers le centre la presque totalité du sang de la main, de l'avant-bras et du coude. Puis, au-dessus de la limite supérieure, il enroule autour du bras une deuxième bande en caoutchouc qu'il fixe dans cette position ; après quoi, la bande d'Esmarch est enlevée. Tout le segment de membre situé au-dessous de la bande brachiale est anémié et la bande empêche tout retour de sang vers la périphérie. Vers le milieu de l'avant-bras, il enroule alors une autre bande élastique, qui restera en place, de même que la bande supérieure, pendant toute la durée de l'opération.

La région opératoire, le coude dans l'espèce, se trouve ainsi bordée, en haut et en bas, par les deux bandes ; il s'agit maintenant de faire l'anesthésie de tous les plans constitutifs de la région. Pour ce faire, Bier met à nu une des veines superficielles du bras, la céphalique ou la basilique, après avoir insensibilisé les téguments qui couvrent la veine, par une injection de cocaïne. La veine mise à nu, on l'incise et on injecte 50 centimètres cubes d'une solution de novocaïne, à 1 p. 200 dans du sérum physiologique.

Aussitôt après cette injection, au maximum au bout d'une à deux minutes, tous les plans, *depuis la peau jusqu'à la moelle osseuse, sont complètement insensibilisés.*

On peut dès lors inciser, réséquer les extrémités osseuses, briser un coude ankylosé, amputer, bref faire toutes les interventions que comporte la région, sans que le malade sente quoi que ce soit.

Des expériences entreprises sur des membres fraîchement amputés et sur des animaux ont, en effet, montré qu'une injection colorante poussée dans les veines d'un membre vidé de sang se répandait avec une grande rapidité dans tous les segments du membre injecté, si on a eu soin d'ischémier auparavant la région. Le liquide pénètre même la moelle des os ; d'autre part, des coupes des troncs nerveux de la région injectée montrent que la substance colorante pénètre sous l'enveloppe conjonctive du nerf, *au contact de la fibre nerveuse même.* C'est justement de ce fait que découle la nouvelle méthode ; mettre une substance anesthésique *au contact direct avec la fibre nerveuse.* L'expérience faite avec la rachi-anesthésie a montré, en effet, que lorsqu'une substance anesthésique arrive au contact même de la fibre nerveuse, les segments anesthésiés peuvent avoir une surface considérable, et ce, malgré une très petite dose de substance active. (Albert Catz. *La Clinique*, 6 avril 1900, p. 499).

Diagnostic différentiel de la neurasthénie et de la mélancolie.

Le syndrome neurasthénique est une maladie constitutionnelle quelquefois, et alors très précoce, le plus souvent acquise, résultat de surmenage surtout moral, maladie longue, durable, à évolution lente, se traduisant principalement par une céphalée bien connue, dite en casque, qui n'empêche cependant pas le sommeil, par la rachialgie avec plaque sacrée, par l'amyosthénie, par un sentiment de fatigue comparée à celle qui suit un violent effort, par l'atonie gastrique et intestinale avec paralysie ou spasme, et enfin par un état mental particulier ; en somme, il y a là un état de dépression physique et intellectuel très spécial.

C'est ainsi que la neurasthénie se présente. La mélancolie, soit dans une forme anxieuse, la plus habituelle, soit dans sa forme délirante, est très différente, du moins quand elle se présente avec ses caractères ordinaires. Le début est brusque et se produit soit après un choc moral, soit après une infection. Puis la maladie procède par crises, par accès. Les symptômes diffèrent comme l'évolution : la stupeur est profonde, le malade parle à peine, ne répond pas aux questions, se plaint simplement et gémit, parfois déplore ses fautes et son indignité.

Il y a là, par conséquent, de grandes différences qui devraient empêcher la confusion de se produire entre ces deux états. Mais c'est dans les formes légères que l'erreur peut être commise, surtout parce que les différences sont peu accentuées et il est nécessaire de bien analyser les symptômes pour établir ce diagnostic différentiel.

Dans les deux maladies, il peut y avoir des symptômes tout à fait analogues : fatigue, lassitude, découragement, inactivité, tristesse, souvent même céphalée, tels sont les symptômes dont les malades se plaignent et qui présentent une grande analogie.

Toutefois, à un examen attentif, il existe des différences. Chez le neurasthénique, la céphalée est constante ; chez le mélancolique, elle l'est beaucoup moins et ne se montre guère qu'au début ; elle prend souvent la forme de migraine, de points névralgiques, plutôt que la forme en casque. De plus, la rachialgie, si habituelle dans la neurasthénie, ne se voit guère dans la mélancolie. Dans cette dernière aussi, le malade se dit fatigué moralement, mais ne présente pas cette amyosthénie si remarquable de la neurasthénie.

Ce sont là, en somme, des nuances parfois difficiles à saisir, mais la véritable différence se fait par l'étude de l'état psychique.

C'est ainsi que, au point de vue de la fatigue qui se rencontre dans ces deux états si voisins en apparence, le neurasthénique se plaint surtout de la fatigue déterminée par l'effort ; le mélancolique, de l'impossibilité même de l'effort, qu'il ne tentera même pas, et l'on peut dire un peu schématiquement, mais de manière à bien fixer les idées, que le premier souffre après avoir agi, le second souffre même auparavant.

Le sentiment de tristesse qu'on observe aussi dans ces deux états présentent un élément de diagnostic différentiel important. La tristesse du neurasthénique est une tristesse raisonnée, déduite de son impuissance à travailler, et variable avec elle. Celle du mélancolique n'est pas déduite de son état ; elle paraît en quelque sorte primitive. Il en résulte que le neurasthénique se laisse parfois convaincre et que le raisonnement peut parfois modifier cet état chez lui. Au contraire, le mélancolique est un incrédule sur lequel aucun raisonnement ne peut agir. (Ballet, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1909, p. 567.)

Le massage dans les névralgies.

Que doit être le massage dans les névralgies ?

Il est, avant tout, *général*. Le malade ne se plaignît-il que de l'épaule, d'un espace intercostal ou d'une fesse, il faut explorer la sensibilité cutanée du corps entier, et, par un interrogatoire minutieux, connaître tous les troubles fonctionnels, moteurs, vaso-moteurs et sécrétoires dont l'économie entière est le siège. On apprendra ainsi que ce névralgique, ce cellulitique, ce prescléreux, a été traité en vain pendant des mois et des années pour un rhumatisme, une dyspepsie, une cardiopathie et aussi pour une maladie imaginaire. On l'a drogué, douché, baigné, lavé *intrus et extra*, électrisé, soumis à des régimes variés, envoyé à toutes les stations de l'Europe, opéré et même...... massé : je dois à la vérité de dire que, de tous les traitements, c'est ce dernier qui a été le plus funeste.

Le massage ne se fera en général que *progressivement* ; il est nuisible de vouloir, dès le début, dépister et traiter tous les points douloureux.

Il doit être *léger* et *court*, car il est très douloureux. La légèreté de main est le résultat de plusieurs années de pratique ; la brièveté des séances, indispensable, est difficile à imposer aux malades, qui en veulent pour leur argent. Le massage le plus long n'excédera pas vingt minutes pour le corps entier. Prolonger les séances pour obtenir un résultat plus rapide, c'est avaler une potion en une fois dans un but identique.

Les séances sont *quotidiennes*, sauf réaction trop intense (insomnie, fatigue, endolorissement) et il est imprudent de sus

pendre le traitement aux premiers symptômes d'amélioration. Quarante à cent séances sont nécessaires pour un résultat durable.

Il faut masser *la peau* et rien que la peau. Les points douloureux, véritables épines au centre d'une coque molle ou dure d'œdème (laquelle peut varier du volume d'un grain de blé à celui d'une tête de fœtus) sont sous-cutanés. On doit donc, pour les saisir, faire un pli à la peau ou comprimer celle-ci contre un plan résistant. Ce deuxième procédé peut induire en erreur, mais, pour la peau du crâne, il est à peu près seul applicable. L'autre est un peu plus douloureux, mais, bien employé, donne des effets révulsifs et dérivatifs puissants, fait fondre œdèmes lympho-adipeux et adipo-fibreux, ramollit les tissus scléreux et leur rend une vitalité déjà fort compromise. En le limitant à la peau, on laisse ainsi au massage tous ses admirables effets réflexes.

L'expérience, aidée de l'anatomie et de la physiologie, fait connaître les régions habituellement atteintes. Les renseignements du malade sont utiles ; pas de vertige (lésion centrale à part) ou de troubles visuels sans cellulite palpébrale et points douloureux sus-orbitaire : pas de tachycardie, d'arythmie, d'angor pectoris sans points costaux, péri-mammaires ; pas de dyspepsie, sans œdème douloureux épigastrique.

Une légère, très légère malaxation du pli cutané ainsi faite, prolongée pendant quelques secondes suffit pour chaque point douloureux, et l'on passe au suivant. Rapidité, légèreté, souplesse du poignet sont les qualités physiques indispensables.

Ainsi guérissent ou s'améliorent des états pathologiques très divers d'aspect, d'étiquette, de siège, ce qui s'explique en partie par les *erreurs de diagnostic* auxquelles exposent les névralgies du tissu cellulaire sous-cutané. On prend des douleurs superficielles avec contracture pour des tumeurs profondes ; l'endolorissement du creux épigastrique fait songer à des lésions organiques de l'estomac, d'autant plus que les troubles sécrétoires font partie du cortège symptomatique. (Wetterwald, *Journal des praticiens*, 21 août 1909.)

La France civilisatrice des barbares.

Ce fut un des mérites de M. Roume que de se rendre compte qu'il n'était au contraire pas d'argent mieux employé que celui qui était destiné à conserver la population et à l'instruire. L'assistance médicale indigène date de son époque et chaque année on la développe. On s'est donné pour but de constituer dans chaque région un « groupe médical indigène » avec un dispensaire, une infirmerie et un médecin. Il y en a déjà quinze de créés. La côte a été assainie par les mesures prises contre la fièvre jaune et la fièvre paludéenne. Des deux grandes maladies épidémiques qui ravageaient l'intérieur, la variole recule rapidement devant un service qui n'a pas fait moins de 271,590 vaccinations en 1908. Et si l'on ne tient pas encore un spécifique certain contre la maladie du sommeil, du moins les habitudes des mouches qui la véhiculent sont-elles maintenant suffisamment connues, grâce aux travaux de nos médecins, pour qu'on puisse espérer en diminuer la fréquence par des mesures prophylactiques dans le genre de celles qui ont eu raison des fièvres.

Qu'on songe que 45 millions d'êtres humains dépendent de nous dans notre empire colonial. N'est-ce pas une œuvre grandiose et qui mérite une admiration sans mélange que celle qui consiste ainsi à les amener au bien-être et à la civilisation? (*Le Temps*, 21 août 1909.)

L'anesthésie hypnotique en art dentaire.

Voici deux observations rapportées par M. Edmond Bouchard qui témoigneraient de l'efficacité de l'hypnotisme pour extirper les dents sans douleur.

1re *observation*. — Jeune homme, 24 ans : racines abcédées (dent de six ans, maxillaire supérieur côté droit). Nous lui proposons de l'endormir, il accepte. Après quelques minutes, le sommeil profond est obtenu. je lui dis que je vais procéder à l'extraction de ses racines, qu'il ne souffrira pas et que j'enlève toute la sensibilité dans la région que je touche avec le doigt, qu'il n'aura ni douleur ni hémorragie. Le malade présente toutes les apparences et l'abandon du sommeil ordinaire ; il y a détente de tous les muscles ; les bras pendent inertes, la tête se balance ; je procède à l'extraction de trois racines, et je réveille de suite le malade en lui soufflant sur le visage ; il n'a absolument rien senti et n'a aucune hémorragie. J'ai eu l'impression que j'opérais après une injection de cocaïne et d'adrénaline ; le malade est enchanté.

2me *observation*. — Mlle Alice X..., présentée au Cercle Odontologique de France ; incisive centrale supérieure extrêmement sensible ; diagnostic : mortification pulpaire survenue sous obturation. La dent est douloureuse au moindre attouchement; constatation en est faite par mes confrères MM. Lannois et Manteau ; je l'endors par imposition des mains, sur les yeux. Après que je l'ai suggérée, M. Lannois procède à l'ouverture de la chambre pulpaire, sans que la patiente manifeste la moindre sensibilité. Je n'ai suggestionné que la partie entourant l'incisive centrale ; or, à un moment, la pièce du tour à fraiser vient à toucher la gencive inférieure ; la malade ouvre les yeux et se soulève à moitié pour dire : « vous me brûlez la lèvre » ; et ce fut tout. Même sommeil que dans l'observation précédente. J'annonce que la sensibilité ne reviendra que quelques minutes après le réveil, et que, pendant ce temps, on pourra continuer à fraiser la dent sans douleur. Je provoque le réveil tout se passe comme il avait été prévu. (Edmond Bouchard. *Revue de l'hypnotisme*, juillet 1909, p. 29.)

Dr Francis.

ASSISTANCE AUX BLESSÉS

Comité de dames. — Bureau de renseignements. — Dons volontaires. — Ressources financières. — Conclusions.

Par M. A. Demmler (1).

Nous allons rapidement énumérer les autres champs d'action dévolus à l'Assistance privée en temps de guerre.

A. *Comité de dames*. — Je citerai tout d'abord la formation de comités de dames visiteuses. Elles seront chargées d'apporter aux malades et blessés le réconfort moral que la femme seule est capable de donner dans toute sa plénitude. Elles remplaceront la famille absente ; elles seront le lien qui fera communiquer avec les mères, les sœurs absentes, restées sans nouvelles, dans l'angoisse de l'incertitude. Par des lectures, par des jeux, par des conversations appropriées, elles verseront peu à peu le baume de l'oubli dans ces esprits préoccupés de la souffrance, et combattront les périodes de découragement, si funeste pour la guérison et la convalescence. Ce rôle convient surtout aux dames âgées, à celles que l'expérience de la vie, le tact né de relations avec les différents milieux sociaux, auront préparées pour des fonctions qui demandent autant de discrétion que de discernement. Elles devront se rappeler que leur rôle est toujours subordonné à celui des directrices ou infirmières de l'hôpital, et qu'il y aurait danger pour la bonne administration d'un établissement à empiéter sur des fonctions qui n'appartiennent qu'à ces dernières. Aussi devront-elles être accréditées auprès des directrices par le représentant du Comité central de la CroixRouge.

B. *Dons volontaires*. — Je dirai aussi mon avis au sujet de l'envoi des dons volontaires. Bien que mon opinion soit contraire à celle de la plupart des Sociétés, j'avoue que je ne comprends pas la réelle utilité de ces dons. Et tout d'abord, je pense que l'on pourrait laisser à la charité privée individuelle le soin de ces générosités et qu'il n'est pas juste que les ressources des Sociétés soient employées à ce but. J'ajouterai que les envois sont quelquefois tout à fait intempestifs et d'un choix dérisoire. J'ai reçu au Tonkin des caisses contenant, à côté de quelques effets de laine réellement utiles, des chaussons de lisière mal confectionnés, des brosses à dents (sic) et toute une collection d'apéritifs que des individus envoyaient sans doute à titre de réclame dans notre colonie naissante.

En revanche, j'ai pu remplir des indications beaucoup plus sérieuses en demandant à la présidente du Comité

(1) Voir *Progrès médical*, 19(8, p. 415, 427, 439, 466, 477.

d'Haïphong de mettre à ma disposition quelques sommes d'argent pour permettre à nos jeunes camarades chargés du service des infirmeries-ambulances, et disposant d'un budget très restreint, d'améliorer le matériel et l'alimentation. A mon avis, l'emploi des ressources affectées par le Comité central aux dons volontaires doit se réduire soit à fournir aux hôpitaux les objets que les médecins chefs ne peuvent se procurer et que j'ai indiqués plus haut, soit à confier aux médecins-chefs quelques sommes d'argent pour procurer aux malades les suppléments qu'ils jugeront nécessaires. Quant à l'envoi des autres dons (livres, jeux, tabac, vêtements, etc), les comités doivent simplement les recueillir auprès des particuliers, sans employer aucun argent pour leur achat.

C. *Bureau de renseignements*. — En Allemagne, on a prévu au siège central de la Croix-Rouge la création d'un bureau de renseignements chargé de centraliser toutes les mutations survenues par suite du passage des blessés ou malades d'un établissement militaire dans les formations sanitaires des sociétés de secours. Ce bureau fournit aux familles les renseignements nécessaires. Quand on réfléchit à l'immense labeur qui incombe aux différents services du ministère en temps de guerre, on comprend combien peut être utile cette participation de l'Assistance volontaire à une tâche demandant beaucoup de temps pour faire les recherches et la correspondance. Pareille installation en France mérite donc une sérieuse attention.

D. *Ressources financières*.— J'aborde maintenant une des questions les plus importantes : celle des ressources financières. Il est évident qu'une organisation telle que nous venons de l'exposer, telle qu'elle doit être si l'on veut que l'Assistance privée joue réellement le rôle considérable, *indispensable*, que nous lui reconnaissons exigera un budget élevé. Il faut non seulement installer les dépôts d'approvisionnement des hôpitaux d'arrière et de territoire, mais encore subvenir à leur entretien. Voilà pourquoi la Croix-Rouge allemande possède dès le temps de paix des fonds de réserve très grands. J'ai cru nécessaire, il y a quelques années, de m'enquérir auprès du secrétaire-général, le médecin-inspecteur général Lieber, de la façon dont s'alimentent les fonds de réserve, et voici les principaux points de sa réponse. La Croix-Rouge allemande est autorisée d'émettre des lots en argent pour les années 1898-1899-1900-1901-1902. Les fonds recueillis en 1898-1900-1902 ont été versés au budget pour être employés en cas de guerre. Ceux recueillis en 1899 et 1901 ont été utilisés pour les subventions accordées aux sanatoriums pour tuberculeux, patronnés par la Croix-Rouge, sous la condition que les sanatoriums devront recevoir les malades militaires en temps de guerre.

Les loteries à lots d'argent, l'émission de bons à 20 fr. comme l'ont fait quelques autres nations, sont donc des moyens permettant de réunir des sommes considérables. Bien mieux que les ventes de charité, les fêtes données par les différents comités, cette manière de procéder permettra de rassembler les ressources nécessaires pour parer aux éventualités de la guerre dès le temps de paix. Il serait illogique de croire qu'au moment opportun, les dons généreux afflueront et permettront de subvenir à l'insuffisance pécuniaire et combler des déficits. Je ne vois de pratique que la mesure adoptée à l'étranger. On m'a dit qu'elle avait reçu du gouvernement un veto absolu.

Cette décision ne me paraît pas devoir être irrévocable. On s'expliquerait difficilement pourquoi ce qui est accordé à des Associations de journalistes ou d'artistes, ne pourrait l'être, quand il s'agit d'une question aussi capitale que celle de la participation de la nation à la défense du sol. Il faut écarter toute préoccupation de coterie religieuse, politique ou autre ; et devant la grandeur de la tâche, la communauté des mêmes sentiments patriotiques doit tendre à obtenir les moyens de la remplir. Les accorder n'est pas une faveur ; c'est un devoir national.

Conclusions.

Je suis arrivé au terme de ces études sur l'Assistance privée en temps de guerre. Je n'ignore pas que mon opinion à ce sujet est en contradiction avec celle de beaucoup de monde. J'ai essayé pourtant de l'établir non seulement sur l'étude de cette organisation à l'étranger, mais aussi sur les enseignements du passé, les faits de mon expérience personnelle et les leçons que le présent nous a données depuis les dernières années. Je suis notamment en contradiction avec le Dr Viry et le général Priou, qui dans différentes circonstances, ont déclaré dans leurs discours à l'Union des femmes de France que le rôle de l'Assistance volontaire devait se borner aux hôpitaux de territoire, et très exceptionnellement, d'après Viry, à quelques formations de l'arrière. Je crois qu'ils n'ont appuyé leurs affirmations sur aucune preuve positive, et qu'ils ont nié le rôle de l'Assistance privée tel que je l'expose, sans soumettre cette hypothèse à une critique sévère de ce qui peut être fait, de ce qu'il est nécessaire de faire. En revanche, j'approuve encore moins ceux qui semblent croire que les Sociétés de secours sont capables dans l'état actuel des choses de suppléer le service de santé dans les formations de l'avant, et je ne crois pas même utile de réfuter les allégations émises par certains orateurs trop laudatifs des efforts tentés dans ces derniers temps par l'Assistance volontaire. Ce sont là des paroles à l'usage des conférences pour gens du monde, de même que les simulacres en temps de manœuvres du service de santé ne sont que la parodie des circonstances difficiles qu'on aura à surmonter en temps de guerre, et dont on ne peut avoir une idée, même quand on a essayé de faire acte d'Assistance volontaire en Chine ou au Maroc. Je ne puis pourtant m'empêcher de dire que pareils discours ont un caractère dangereux, non seulement parce qu'ils tendent à mettre la désunion entre deux services qui doivent marcher la main dans la main, à détruire toutes les bonnes volontés d'entente et de concorde entre les médecins militaires et les membres des Sociétés de secours ; mais encore parce qu'ils peuvent faire méconnaître ce principe fondamental, sans lequel l'Assistance privée n'aura aucun effet utile, c'est-à-dire qu'elle doit être, comme le dit Fisher, la servante obéissante et dévouée du service de santé.

Pour la commodité des lecteurs, je résumerai en quelques lignes les points fondamentaux des études que je viens d'exposer.

1° L'Assistance privée en temps de guerre doit être organisée comme un service parallèle au service de santé de l'armée auquel elle doit venir en aide, tout en lui restant complètement subordonnée.

2° Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire dès le temps de paix de donner aux membres de l'Assistance volontaire une instruction et une éducation leur apprenant la pratique de tous les rouages officiels. On ne peut y parvenir qu'en exigeant un stage dans les établissements militaires, avec examen probatoire et justifiant la lettre de commission.

3° Etant donnée la tactique des combats modernes, c'est-à-dire l'étendue des champs de bataille, la durée de la lutte, le nombre des blessés, la tâche qui incombe au service de santé officiel ne pourra être remplie qu'avec l'aide de l'Assistance volontaire. Elle permettra de mettre les blessés le plus rapidement possible dans les conditions reconnues indispensables pour assurer par un pansement méthodique et des interventions d'urgence, non seulement la conservation des organes, mais encore leur intégrité fonctionnelle.

4° Pour atteindre ce but, il est indispensable que les blessés soient le plus promptement possible secourus sur le champ de bataille et évacués sur des formations stables, bien organisées situées à une distance relativement rapprochée. Cette nouvelle compréhension de la tâche du service de santé officiel doit faire rechercher dans quelles limites l'Assistance volontaire peut lui venir en aide. L'idée de colonnes volantes, composées de médecins, d'étudiants et de brancardiers, avec des moyens de transport rapide, mais sans aucun matériel encombrant, mérite d'être prise en considération. Une condition capitale doit être que ces équipes n'opéreront pas isolement, mais qu'elles viendront se mettre à la disposition des méde-

cins-chefs des ambulances et des hôpitaux de campagne, le plus tôt possible après la cessation de l'action et quand les voies de communication ne seront plus encombrées par les trains de combat. En revanche, on doit être partisan absolu de l'installation dans la première zone de l'arrière, c'est-à-dire, dans les villes avoisinant le champ de bataille, d'hôpitaux bien organisés par l'Assistance volontaire, et destinés à recevoir le soir même ou le lendemain de l'action, tous les blessés ne pouvant supporter un long transport et dont les lésions nécessitent des interventions d'urgence.

5° Pour assurer cette nouvelle fonction, l'Assistance volontaire doit être organisée d'une façon identique à celle de l'armée. En conséquence, l'Inspecteur général de la Croix-Rouge, qui est en temps de paix à la tête du Comité, doit rejoindre dès l'ouverture des hostilités le quartier général du commandant en chef des armées, dont il recevra les ordres par l'intermédiaire du médecin chef des armées. Il aura sous sa direction un certain nombre de médecins et de chirurgiens choisis parmi le personnel enseignant, d'étudiants en médecine avec lesquels il formera des colonnes volantes. Parmi ce personnel seront également choisis les chirurgiens ou médecins consultants, quand il sera nécessaire de les charger de missions spéciales.

6° Les Hôpitaux de l'arrière seront installés suivant les indications données par l'Inspecteur général aux délégués commissionnés auprès des généraux commandant d'étapes. Ces délégués, qui reçoivent leurs ordres par les soins du médecin-chef d'étapes sont chargés d'assurer non seulement l'approvisionnement de ces établissements en matériel et en personnel, mais d'aider autant que possible au transport entre la tête d'étapes et les hôpitaux.

Pour que cet approvisionnement en personnel et en matériel soit facile, il est nécessaire que la Croix-Rouge ait prévu dès le temps de paix des stations d'approvisionnement et de rassemblement du personnel d'infirmiers et brancardiers, qui devra se trouver réuni en ces points dès l'ouverture des hostilités.

7° L'organisation de l'Assistance volontaire dans l'intérieur doit rester telle qu'elle a été formulée par les règlements en vigueur. Il faut pourtant appeler l'attention des Sociétés de Secours sur la nécessité d'établir certaines catégories dans les établissements hospitaliers, de façon à proportionner les frais d'installation aux genres de malades ou blessés, aux ressources locales de la région et aux réserves financières.

8° En dehors du service hospitalier des zones frontières et de l'intérieur, l'Assistance volontaire peut créer des Comités de Dames visiteuses, chargées d'être les intermédiaires entre les malades ou blessés et leurs familles absentes. Un Comité de renseignements doit également être installé au Siège central de la Croix Rouge pour donner aux parents toutes les indications sur le sort de leurs enfants.

9° Les ressources financières de l'Assistance volontaire doivent être considérables. On n'atteindra ce but qu'en autorisant la Croix-Rouge française à émettre des bons à lots, comme on le fait dans différentes nations étrangères. C'est un devoir patriotique contre lequel ne peuvent prévaloir tous les arguments qu'on lui oppose.

ANALYSES

Traitement des convulsions au cours de la coqueluche par la ponction lombaire; par Eckert. (Clinique de la Charité à Berlin. *Munch. medic. Woch.*, 3 août 1909.)

Les convulsions constituent au cours de la coqueluche une complication de la plus haute gravité. Sur 476 enfants soignés dans le service des coquelucheux à la clinique infantile de la Charité à Berlin, 176 sont morts. Sur ce nombre, 24 mourent à la suite de convulsions subintrantes (un seul enfant, un nourrisson de 3 mois, présenta du laryngospasme, des crises convulsives, pendant trois jours de suite, jamais il n'eut de syncope et il guérit.) Tous les traitements employés dans ces différents cas de convulsions se montrèrent inefficaces (bromure, chloral, bains froids, etc.) Rattachant, comme on le fait volontiers actuellement en Autriche et en Allemagne, les convulsions de l'enfance à un état spasmophile ou tétaniforme, les médecins berlinois essayèrent une diététique antispasmophile, sans résultat. Eckert, sous l'inspiration de Heubner, traita donc quatre coquelucheux atteints de convulsions par la ponction lombaire. Le traitement habituel (chloral, bromure, huile camphrée) ne fut cependant pas négligé chez ces enfants. Mais surtout les bains froids furent systématiquement employés après les ponctions. La quantité de liquide céphalorachidien retiré était variable (de 10 cc. à 15 cc.); il était toujours normal comme aspect, teneur en albumine et en cellules. La tension était forte. Les quatre enfants (âgés de 11 à 18 mois) guérirent. L'auteur pense que la ponction lombaire agit mécaniquement en diminuant la tension intracranienne que l'œdème cérébral a rendue extrême. R. D.

BIBLIOGRAPHIE

Les pupilles anormaux de l'Assistance publique; par le Dr Caillard, sous-inspecteur de l'assistance publique à St-Omer (Pas-de-Calais.)

Le docteur Caillard donne dans une brochure de 44 pages une statistique très étudiée et très probante du type mental de ses pupilles. Ce travail, le croirait-on ? n'avait jamais été fait d'une façon méthodique. Généralement, les formes mentales étant englobées sous une dénomination vague, on était dans l'impossibilité d'extraire des conclusions, des statistiques ayant précédé celle-ci. Il fallait d'ailleurs, pour y parvenir, une éducation première que le Dr Caillard a eu la prudence d'acquérir: il fallait aussi le courage d'entreprendre une longue étude. Je signale quelques-uns des chiffres obtenus. Les tares psychiques se traduisent par quatre voies : le mensonge 23 %, le vol 18 %, le vagabondage 10 %, la masturbation 10 %. Les pupilles vicieux sont au nombre de 50 % parmi les anormaux psychiques, et ceux-ci, parmi les pupilles de l'Assistance, sont au nombre de 44 % au-dessous de 15 ans et 64 % au-dessus. Etant donnés ces chiffres, il est vraisemblable que des mesures vont être prises.

G. Paul-Boncour.

FORMULAIRE OFFICINAL
(NOUVEAU CODEX)

XL. — Pommade d'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc	10	grammes.
Vaseline	90	—

Préparez cette pommade comme celle de calomel.

XLI. — Vin de quinquina officinal.

Quinquina rouge en poudre demi-fine (tamis n° 22	25	grammes.
Alcool à 60°	75	—
Acide chlorhydrique dilué	2	—
Vin rouge	920	—

Placer dans un flacon la poudre de quinquina, imbibez avec le mélange d'alcool et d'acide chlorhydrique dilué ; laissez en contact pendant vingt-quatre heures en agitant de temps en temps ; ajoutez ensuite le vin, faites macérer pendant vingt-quatre heures, en agitant fréquemment ; filtrez et conservez en vases entièrement remplis et bouchés.

XLII. — Vin de Cola.

Noix de cola sèches en poudre demi-fine (tamis n° 25)	60	grammes.
Vin de Malaga	1.000	—

Faites macérer pendant dix jours, en vase clos, en agitant de temps en temps. Passez avec expression, filtrez et conservez dans des bouteilles tenues à la cave.

XLIII. — Vin de Colombo.

Racine de colombo grossièrement pulvérisé (tamis n° 9)	30	grammes.
Vin de Malaga	1.000	—

Faites macérer en vase clos, pendant dix jours, en agitant de temps en temps. Passez avec expression, filtrez.

Ce vin présente présente une saveur amère prononcée.

REVUE GÉNÉRALE

—

Le pouls lent (*Suite et fin*) (1);

Par Georges FOY,
Interne des hôpitaux de Paris.

FORMES CLINIQUES.—Toutefois ce syndrome de Stokes-Adams, bien établi avec ses caractères cliniques fondamentaux ; ne se présente pas toujours sous le même aspect et l'on comprend facilement que, suivant les deux pathogénies différentes que nous venons d'exposer longuement — pathogénies qui sont à l'heure actuelle acceptées par tout le monde, même par les partisans absolus de la théorie myocardique — l'on comprend que le pouls lent permanent revêtira des aspects un peu différents qui permettront, en joignant à l'examen approfondi du malade quelques procédés diagnostiques spéciaux, de faire un diagnostic étiologique certain.

Forme myocardique ou maladie de Stokes-Adams. — La forme la plus commune ou qui semble la plus commune, car l'examen du faisceau de His est une chose toute récente et devenue classique seulement depuis les travaux de Vaquez-Esmein, la forme la plus commune est la forme myocardique.

C'est au moment où le pouls se ralentit et va toucher aux environs de 30, 25 20, et même moins, pulsations par minute que vont se produire les phénomènes nerveux qui caractérisent la maladie. —Une fois la crise passée (vertige ou attaque épileptiforme), le pouls remonte à la normale. C'est la phase de bradycardie paroxystique qui semble être la première phase de la maladie de Stokes Adams. C'est celle qui correspondrait à une lésion partielle du faisceau de His.

Que vont donner les tracés obtenus dans cette période ? Ils indiquent, disent Vaquez et Esmein, d'une façon très significative, que si les oreillettes continuent à battre normalement, par contre le rythme des ventricules est singulièrement variable. Parfois, il est régulier, chaque systole de l'oreillette étant intégralement transmise au reste du cœur, tantôt il se ralentit, certaines contractions auriculaires ne dépassant pas le faisceau de His et alors le ventricule cessant momentanément de battre, on ne constate que des systoles isolées de l'oreillette (Herzblock incomplet). Parfois, à ce moment, un fait paradoxal peut se manifester, parfaitement élucidé aujourd'hui par la connaissance de la physiologie pathologique du rythme cardiaque, c'est une tachycardie transitoire résultant de ce que le faisceau de His en réaction inflammatoire est hyperexcitable et donne naissance à des systoles anormales qui viennent s'ajouter à celles que produit le stimulus normal du cœur. Cette période, caractérisée par une irré-

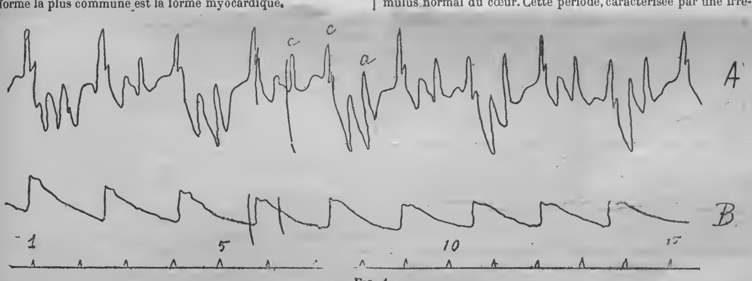


FIG. 4.

Pouls lent véritable à la phase de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète.

A. Tracé de la jugulaire. — B. Pouls radial (38 pulsations par minute).
Des contractions de l'oreillette, les unes précèdent le pouls radial comme à l'état normal (cependant l'espace qui sépare chacune d'elles de cette systole radiale correspondante est plus grand qu'à l'état normal, ce qui témoigne de la lenteur avec laquelle les contractions cardiaques traversent le faisceau de His malade). De plus, de temps en temps, une systole auriculaire reste sans réponse du ventricule (soulèvement a marqué d'une barre). D'après Esmein, cas Fos.....

gularité paroxystique, est celle qui correspond aux attaques épileptiformes et syncopales, parce que l'affolement du cœur, préjudiciable à l'irrigation des organes provoque l'anoxhémie de l'encéphale et des centres nerveux. Le plus souvent les malades succombent au cours de cette première période. Il n'en est pas heureusement toujours ainsi et les malades vont alors entrer dans une deuxième période, période de bradycardie permanente où le pouls va rester définitivement à un nombre de pulsations fixe.

Cette deuxième phase correspond anatomiquement à la destruction complète du faisceau de His et expérimentalement aux désordres produits par la section de ce faisceau. Fait curieux, à cette période de bradycardie permanente correspond une disparition complète des accidents nerveux.

Il semble que l'organisme, par une accoutumance toute particulière, se soit habitué à ce nouveau rythme cardiaque et se contente pour ainsi dire de la quantité de sang lancée par le myocarde malade et lésé au niveau du faisceau inter-auriculo-ventriculaire.

« Cette régulation, dit Vaquez, peut se produire par deux mécanismes : le premier résulte de ce fait que, si nombre de pulsations auriculaires ne se transmettent plus au ventricule, certaines d'entre elles sont rythmiquement suivies de contractions ventriculaires ; le deuxième correspond à la dissociation complète des

A quand remonte le début du pouls lent ? Voilà la plupart du temps une chose extrêmement difficile à préciser, car c'est presque toujours à propos d'un accident nerveux (vertige ou syncope) que le malade est venu consulter, ou c'est à l'occasion d'une auscultation du cœur que l'on s'aperçoit que les battements sont rares et le pouls ralenti.

A moins d'un cas exceptionnel comme celui de Jellick-Cooper et Ophuls, où le malade, atteint de blennorrhagie aiguë, présenta subitement une bradycardie considérable (un caillot bourré de microbes avait oblitéré la branche des vaisseaux coronaires qui irrigue le faisceau de His), il est extrêmement rare que l'on puisse dire quand le pouls a commencé à se ralentir, d'autant plus que l'on a affaire presque toujours, comme nous l'avons dit dans l'étiologie, à des infections ou intoxications chroniques. Le début de la bradycardie est donc la plupart du temps lent, soit latent, soit subaigu. Mais l'examen prolongé des malades a montré que la bradycardie ne s'établit pas permanente d'emblée et qu'avant cette phase de la maladie où l'on trouve un pouls uniformément ralenti ne variant plus sous l'influence d'un effort physique, de la fièvre, etc.., le malade passe par une phase antérieure où l'on observe seulement de la bradycardie paroxystique.

(1) Voir le dernier numéro.

battements auriculaires et ventriculaires. On voit alors sur les tracés que l'oreillette qui a continué à battre régulièrement n'influence plus le ventricule dont la régularité, qui peut être parfaite, suit un rythme absolument indépendant de celui des oreillettes. Dans les deux cas, les lésions systématisées du faisceau de His peuvent être considérées comme éteintes après avoir provoqué une destruction plus ou moins complète des fibres du faisceau de His ».

Cette forme, que nous avons décrite un peu schématiquement ne se rencontre pas toujours aussi nettement divisée en deux phases et la bradycardie paroxystique peut encore apparaître avec un ralentissement habituel du pouls. Mais, à cette époque les accidents tendent déjà à devenir plus rares, et ce qu'il importe de retenir, c'est qu'ils peuvent disparaître complètement en même temps que le pouls reste définitivement lent (Herzblock complet).

Le pronostic se modifie parallèlement à l'évolution de la maladie : grave dans la période de ralentissement paroxystique, il est moins sombre à celle de ralentissement permanent sans accès bradycardique. Il peut arriver que l'on n'observe le malade qu'en pleine période de bradycardie permanente sans accidents nerveux. Et, éclairés maintenant que nous sommes par ces nouvelles données anatomiques, physiologiques et cliniques, ne semble-t-il pas tout simple d'assimiler à cette deuxième phase de la maladie ce qu'il y a quelques années Huchard décrivait sous le nom de formes frustes du syndrome de Stokes-Adams, c'est-à-dire de ralentissement du pouls sans accidents nerveux ? Ne peut-on également rapprocher de la première phase ce que le même auteur décrivait sous le nom de forme incomplète, c'est-à-dire où l'on n'observait que de la bradycardie paroxystique ?

Fig. 5.

Pouls lent permanent à la phase de dissociation inter-auriculo-ventriculaire (1). — Le pouls (rad.) bat régulièrement 24 par minute. Au contraire, l'oreillette droite, dont les mouvements sont reproduits dans le tracé des veines jugulaires se contracte 90 fois par minute (soulèvements *a*, *a*, a —). Cas Defo..... d'après Esmein.

Forme arythmique. — A côté de cette forme myocardique caractérisée par deux phases bien nettes de bradycardie paroxystique et de bradycardie permanente, Vaquez et Esmein ont décrit une forme qu'ils ont qualifiée de forme arythmique de la maladie de Stokes-Adams. C'est dans une première phase que l'on constate une arythmie très marquée, due, comme les expériences d'Engelmann le prouvent, à une excitation du faisceau de His et les tracés que l'on obtient sont particulièrement caractéristiques. On voit apparaître de temps à autre, après une pulsation radiale, un véritable groupement de pulsations qu'Engelmann a rapprochées des « périodes de Luciani » et qui paraissent avoir pour lui la même valeur significative. Vaquez et Esmein rapportent l'observation d'un malade chez lequel le pouls avant de se ralentir définitivement resta seulement arythmique pendant plusieurs mois. Mais ce trouble du rythme leur parut suspect parce qu'il existait des crises de bradycardie paroxystique, au cours desquelles le pouls se ralentissait de moitié et aussi, parce que sur leurs tracés ils observaient des pulsations successives, inégales, réunies en groupements analogues aux périodes de Luciani. Ils portèrent le diagnostic de maladie de Stokes-Adams, diagnostic qui fut confirmé par la suite. L'affolement cardiaque qui caractérise cette forme est d'un fâcheux indice dans la maladie de Stokes-Adams, témoin certain d'une lésion rapidement progressive du faisceau de His.

(1) Ces trois tracés, ont été pris par Esmein. Nous tenons une fois de plus à le remercier vivement de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous les confier et nous permettre de les reproduire.

Pouls lent physiologique. — A côté de ces formes nettement pathologiques, que dire du pouls lent dit physiologique, c'est-à-dire durant pendant des années sans jamais s'accompagner ni d'accidents syncopaux, ni par suite de mort subite ? Ces caractères négatifs suffisent-ils pour prouver qu'il ne s'agit pas d'un syndrome de Stokes-Adams, et ne peut-on supposer qu'à la suite d'un traitement approprié une lésion du faisceau de His a pu se cicatriser, se transformer en tissu fibreux et qu'une fois la période dangereuse de la maladie passée, il ne reste plus au niveau de ce faisceau communicant qu'un corps étranger entravant mécaniquement la conduction intracardiaque mais permettant à l'organisme de s'adapter à des conditions nouvelles? Il n'est pas rare, en effet, de retrouver dans les antécédents personnels de sujets présentant du pouls lent physiologique une attaque de rhumatisme articulaire, une scarlatine ou quelqu'autre maladie infectieuse. Corvisart nous a révélé chez Napoléon un pouls extrêmement ralenti ; des mémoires indiscrets se sont chargés de compléter le syndrome de Stokes-Adams en nous apprenant que l'empereur avait souffert dans sa jeunesse de crises syncopales répétées. Il semble donc permis de rattacher à la maladie de Stokes Adams ces pouls lents physiologiques qui ne seraient qu'une terminaison heureuse — autrefois inconnue — d'une lésion du faisceau de His, la bradycardie restant comme unique séquelle.

Pouls lent congénital. — Il en est de même pour le pouls lent congénital — que l'on considère souvent, mais à tort comme inoffensif et Morquio en rapporte une curieuse observation où sur huit enfants nés de parents normaux en apparence, cinq sont atteints de maladie de Stokes-Adams à forme arythmique : deux sont morts entre huit et dix ans de crises épileptiformes.

Dans des cas semblables, il ne peut que s'agir de malformations cardiaques congénitales, et Keith et Faber ont, d'ailleurs, en pareils cas, constaté l'anomalie du faisceau de His. L'on sait, en effet, que la région qui reste béante entre les deux cœurs est la région du septum membraneux. Or, d'après ce que nous savons de la situation anatomique du faisceau de His, n'est-il pas logique de conclure que ce faisceau peut être plus ou moins anormal, plus ou moins bien développé, ou même seulement plus ou moins affaibli, et à cause de cela plus fragile et plus vulnérable aux agents qui produisent les maladies infectieuses ?

C'est à ces différentes formes de pouls lent permanent par lésion du faisceau de His qu'il faut réserver, avec Vaquez et Esmein, le nom de maladie de Stokes-Adams ; on arrive ainsi à créer une véritable entité morbide avec lésion anatomique bien définie, toujours la même, avec des signes cliniques bien établis — Hering en avait, nous l'avons dit déjà, fait une maladie à part, qu'il appelle « Maladie de la Dissociation ».

C'est une nouvelle raison pour faire de la bradycardie avec vertiges par extrasystoles une catégorie à part, comme nous l'avons fait plus haut.

Pouls lent permanent d'origine nerveuse. — A côté de ces pouls lents d'origine myocardique, il est toute une catégorie de bradycardies avec attaques syncopales et épileptiformes où la cause semble être uniquement d'origine nerveuse. Mais disons dès maintenant que ces cas de bradycardie neurogène, quoique réalisant assez exactement le syndrome de Stokes-Adams, diffèrent cliniquement des cas de pouls lent permanent dus à une lésion du faisceau de His — soit par l'adjonction de quelques symptômes cliniques que l'on ne rencontre jamais dans la maladie de Stokes Adams, soit par l'état transitoire et passager de la bradycardie.

C'est au cours d'affections du système nerveux central ou encore de lésions du pneumogastrique que l'on observe ces pouls lents d'origine nerveuse et nous ne saurions mieux faire que de résumer quelques observations typiques.

Heine a publié le cas d'un malade atteint de vertiges et arrêts du cœur. A l'autopsie, on trouve un semis de granulations grises sur le cervelet, une tuberculose pulmonaire bilatérale et une volumineuse adénopathie trachéobronchique qui envahissait la région du plexus cardiaque et englobait plusieurs branches du pneumogastrique gauche et le grand nerf cardiaque.

Stackler rapporte l'observation d'un malade atteint de ralen-

tissement du pouls (36 à 40), avec irrégularités, vomissements et troubles respiratoires. La mort survient au cours d'une syncope. A l'autopsie, le bulbe, la moelle et le cœur étaient normaux, mais l'aorte ascendante, enflammée et dilatée, adhérait à la trachée, aux bronches et au pneumogastrique droit.

Masoin rapporte le cas d'un bradycardique (40) cancéreux une métastase cancéreuse avait détruit le tronc et plusieurs branches du pneumogastrique droit.

Neuburger et Edinger trouvent à l'autopsie d'un homme ayant présenté des attaques syncopales répétées, avec arrêts du pouls, une moitié du bulbe atrophiée, en particulier au niveau du noyau du pneumogastrique.

Brissaud rapporte le cas d'un malade atteint de bradycardie (54), vertiges et mouvements convulsifs. Le même sujet présentait en outre des signes de paralysie faciale, névralgie du trijumeau et lésions du nerf auditif (troubles de l'équilibre). La conclusion s'imposait ; le malade présentait une lésion bulbaire. Dans une deuxième observation à peu près identique, Brissaud trouve à l'autopsie une gomme du cervelet.

His rapporte un cas simulant de tout point à première vue une maladie de Stokes-Adams ; même ralentissement du pouls, mêmes arrêts ventriculaires isolés et mêmes attaques nerveuses ; mais un signe nouveau, capital, existe en plus : certaines crises syncopales débutent par l'arrêt de la respiration précédant l'arrêt du cœur. Ce signe n'existe dans aucune des observations de bradycardie due à une lésion du faisceau de His et il n'est explicable que par une altération primitive du noyau du pneumogastrique.

Voilà donc des cas de bradycardie neurogène qui semblent convaincants d'après les examens anatomiques ; mais il faut dire que, seules, les altérations légères du bulbe peuvent en être la cause, car l'on sait que les maladies systématiques qui détruisent le bulbe (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, etc.), provoquent surtout de la tachycardie. L'expérience montre d'ailleurs le ralentissement du pouls par irritation du pneumogastrique. La compression de ce nerf au cou retarde ou arrête le pouls, mais, comme l'a montré Hering, on n'amène ainsi que des absences temporaires des systoles ventriculaires. Jamais on ne soustrait définitivement les ventricules à l'action des oreillettes, jamais le rythme ne reste ralenti d'une façon durable et jamais on ne peut obtenir le pouls lent véritablement permanent, qui est en réalité le résultat du herzblock total. par dissociation auriculo-ventriculaire. Bien plus, Gaskell a montré qu'après excitation du pneumogastrique, l'accélération compensatrice succède invariablement au ralentissement.

On voit combien diffère ce pouls lent neurogène du pouls lent myocardique. Il s'accompagne, en effet, d'une série de symptômes : variabilité du pouls, signes respiratoires et craniens, symptômes concomitants d'une affection bulbaire, médiastinale, etc., qui permettent de rattacher au système nerveux cet ensemble symptomatique et de le différencier du pouls lent par lésion du faisceau de His. D'autres signes tirés de l'examen des tracés, de l'influence des efforts musculaires sur le pouls, de l'épreuve de l'atropine, tous signes que nous étudierons au diagnostic, contribueront à confirmer cette origine nerveuse.

Nous répéterons là ce que nous avons déjà dit après avoir exposé la pathogénie de cette forme nerveuse. Un élément important manque à toutes ces observations : c'est l'examen du cœur et en particulier du faisceau de His. Aussi n'est-ce que plus tard, quand le cœur et le système nerveux auront été examinés minutieusement, dans des cas que l'on aurait certainement étiquetés neurogènes, que l'on pourra dire d'une façon absolue que le système nerveux à lui seul peut être la cause du pouls lent permanent.

Diagnostic. — Faire le diagnostic de ralentissement du pouls n'est pas chose aussi simple que l'on peut le croire ; il ne suffit pas de compter le nombre des pulsations de la radiale pendant une ou plusieurs minutes, et l'on se rend compte facilement que dans beaucoup d'observations de pouls lent, il n'existe pas de bradycardie ; beaucoup d'auteurs ont jugé, en effet, l'état de la circulation d'après les seules pulsations ; or, il peut y avoir pouls lent sans bradycardie dans beaucoup de cas. On évitera toute erreur en suivant le sage conseil de Riegel ; compter toujours le nombre de battements au cœur ; mieux que cela, il sera nécessaire, en cas de doutes, c'est-à-dire toutes les fois que le pouls sera tant soit peu irrégulier, d'inscrire et de comparer les tracés du cœur et du pouls.

C'est ainsi qu'il sera facile de ne pas prendre pour une bradycardie le pouls intermittent des asystoliques dont certaines pulsations cardiaques avortées restent en route. Il existe d'ailleurs la plupart du temps, chez ces malades, une arythmie très marquée, qu'il est très facile de reconnaître, des signes de gêne circulatoire que l'on rencontre rarement chez les vrais bradycardiques.

Le pouls alternant, rythme résultant de l'intoxication myocardique au cours de maladies diverses, et de l'affaiblissement consécutif de son pouvoir contractile, pourrait à un examen superficiel en imposer pour un pouls lent ; en tel cas, en effet, les pulsations vont par deux, la première forte, la deuxième faible, quelquefois assez pour ne pas être perçue dans les artères.

Les extra-systoles, c'est-à-dire des contractions survenant hors du moment du stimulus normal sur un myocarde excitable, peuvent se répéter régulièrement et ne pas être perçues au pouls ; survenant peu de temps après la systole normale, elles ne peuvent chasser dans les artères que très peu de sang, le ventricule gauche n'ayant pas encore eu le temps de se remplir. Les extra-systoles qu'il est facile de reconnaître à l'auscultation du cœur se rencontrent la plupart du temps chez des nerveux qui accusent nettement la sensation d'arrêt du cœur, chez eux on ne rencontre aucun phénomène nerveux, et il arrive fréquemment que, sous l'influence d'un effort musculaire, cette fausse bradycardie disparaisse. Les symptômes nerveux peuvent au contraire apparaître comme nous l'avons dit, lorsque l'asystolie vient rendre plus inefficaces encore les extrasystoles et nous avons déjà donné notre opinion sur cette forme particulière de Stokes-Adams et sur les moyens de la reconnaître, c'est-à-dire en présence d'un pouls ralenti, ausculter le cœur du malade, en cas de doute prendre un sphygmogramme, un cardiogramme, les comparer et les interpréter avant de porter le diagnostic de bradycardie.

Une fois ces précautions prises, il va falloir définir pour ainsi dire cette bradycardie, en reconnaître la nature, l'origine, afin de pouvoir en tirer les conséquences pronostiques et thérapeutiques.

La bradycardie est-elle transitoire ou permanente ?

La plupart du temps, l'examen du malade nous donnera des renseignements suffisants pour répondre à cette question de première importance.

Un malade bradycardique présentant de l'ictère est chose courante ; ce qui pourrait, au contraire, étonner au premier abord, c'est l'absence de bradycardie chez un ictérique. Il faut savoir, en effet, — nous l'avons déjà dit —, que le ralentissement du pouls n'apparaît qu'au début de l'ictère, que peu à peu malgré la persistance de la teinte jaune, le pouls va augmenter de fréquence pour revenir ensuite à la normale ; il semble que l'organisme s'accoutume peu à peu à ce poison tout particulier et que le système nerveux et le myocarde retrouvent au bout d'un certain temps toute leur capacité fonctionnelle normale.

Rappelons également que Bard a montré par comparaison de tracés pris sur un sujet alternativement debout et couché que cette bradycardie ictérique était souvent une fausse bradycardie.

La notion d'une intoxication très prononcée (tabac, belladone opium, aconit) sera d'un précieux secours en présence d'un pouls lent inexplicable autrement.

Les convalescents d'une longue maladie, les débilités, les nouvelles accouchées, présentent ordinairement du ralentissement du pouls. Ces différentes notions permettront de ne pas s'étonner d'une bradycardie observée depuis longtemps par tous les cliniciens — toutes bradycardies qui disparaîtront vite dès que le malade aura une nourriture substantielle et réconfortante.

Les affections du système nerveux (méningites, hémorrhagie cérébrale, hémorrhagie méningée, réaction méningée au cours d'insolation, d'oreillons) s'accompagnent de ralentissement du pouls qui disparaît avec la cause provocatrice.

Tous les cas que nous venons d'énumérer ne souffrent aucune difficulté au point de vue de l'interprétation de la bradycardie. Bien autrement embarrassants à interpréter sont certains cas, au sujet de l'origine, de la durée du ralentissement du pouls.

La bradycardie au cours de certaines affections gastro-intestinales est encore mal connue. Y a-t-il relation de cause à effet, ou

y a-t-il coïncidence d'une maladie de Stokes-Adams avec une affection intestinale (appendicite ou entéro-colite) ?

La plupart du temps, il est facile de résoudre cette question, si on laisse le malade au repos pendant trois semaines, un mois et qu'on le soumette à un traitement ou régime appropriés. Le pouls augmente de fréquence de lui-même au bout d'une certain temps. Il suffit quelquefois, comme dans trois cas, que nous avons observés dernièrement, de faire faire au malade un effort musculaire quelconque, de le faire mettre debout par exemple pour voir immédiatement le pouls s'accélérer. Cette accélération n'est que très passagère et souvent au bout d'une ou deux minutes, le ralentissement est aussi marqué que dans la position horizontale. Cette variabilité du pouls sous l'influence d'un effort permet donc d'éliminer immédiatement une lésion du faisceau de His. Mais cela peut ne pas suffire et il faut alors employer d'autres procédés de diagnostic que nous allons étudier tout à l'heure. S'agit-il d'un sujet assez âgé, légèrement scléreux, présentant quelques signes de néphrite chronique, comment reconnaître la nature de la bradycardie ? Il suffit quelquefois, comme l'ont montré Enriquez et Ambard, de laisser le malade au repos, au régime déchloruré, pour voir au bout de peu de temps le pouls revenir à la normale.

S'agit-il d'un sujet également assez âgé, ancien syphilitique, présentant quelques symptômes nerveux, ou bien ancien tuberculeux présentant de l'adénopathie trachéo-bronchique, présentant tous les deux de la bradycardie permanente avec accidents nerveux caractéristiques du syndrome de Stokes-Adams, comment s'assurer de l'origine myocardique ou nerveuse du pouls lent permanent ?

En un mot, comment distinguer une bradycardie d'origine myocardique d'une bradycardie neurogène ? Telle est la question qui se pose maintenant. Grâce aux recherches des partisans de la théorie myogène de la contraction cardiaque, nous sommes aujourd'hui en possession de plusieurs procédés de diagnostic qui donnent une solution satisfaisante.

Il ne faut cependant pas négliger à cause de cela l'examen clinique du malade, qui dans certains cas pourra nous donner une réponse aussi nette et aussi affirmative que le meilleur des procédés diagnostiques que nous allons voir.

Ainsi, lorsque le pouls est réellement lent permanent, qu'il reste régulièrement fixé à un chiffre constant de pulsations par minute pendant plusieurs semaines, il s'agit à coup sûr de maladie de Stokes-Adams. De même un pouls lent insensible aux conditions extérieures, ne variant ni par l'effort physique, ni par l'émotion, ni par l'alimentation, ni par la fièvre, est encore un pouls de maladie de Stokes-Adams. Enfin, une expérience inoffensive permet de contrôler à la fois le fonctionnement du cœur et de son système nerveux propre, que le pouls soit ralenti régulier ou arythmique : c'est l'épreuve de l'atropine. Cette substance, administrée à la dose d'un milligramme, a la propriété de paralyser presque instantanément les terminaisons périphériques des fibres cardiaques modératrices du pneumogastrique et seulement celles-là. Or, à l'état normal, le vague est le frein permanent du myocarde ; il diminue à la fois le nombre des excitations automatiques de l'embouchure des veines caves qui engendrent les battements, la rapidité du transport de ces excitations à travers le myocarde et le faisceau de His en particulier et ralentit la vitesse des contractions des fibres myocardiques. Pour toutes ces raisons il produit une forte bradycardie. Le paralyse-t-on par l'atropine, l'effet inverse se produit et l'accélération du cœur total est manifeste. Mais si le faisceau de His est malade, l'oreillette a beau battre rapidement, les ventricules ne lui obéissent plus. S'ils sont dissociés, complètement indépendants, leur rythme reste fixe. C'est Dehio qui a eu l'idée d'appliquer ces notions au diagnostic différentiel des bradycardies. On se trouve donc là en possession d'un très précieux moyen de diagnostic différentiel entre la maladie de Stokes-Adams et les bradycardies neurogènes, et de nombreuses observations existent déjà où le diagnostic après épreuve de l'atropine a été vérifié soit par l'évolution de la maladie, soit par l'examen nécropsique du faisceau de His (Lévy, Leuchtweiss, Erlanger, Ascoli, Vaquez et Esmein, etc.).

Au cas où la dissociation est incomplète, c'est-à-dire où le faisceau de His n'est lésé que légèrement, le pouls s'accélère bien après l'épreuve de l'atropine, mais dans des proportions bien moins grandes qu'à l'état normal.

A l'examen du cœur, la constatation de bruits en écho ; à l'examen du système veineux, la présence de battements de la jugulaire, seront aussi des signes presque certains de herzblock ou bloquage du cœur, c'est-à-dire d'une lésion du faisceau de His.

Ce ne sont d'ailleurs que ces signes que l'on cherche à constater par écrit en prenant différents tracés ; tracés du pouls ou sphygmogramme, tracé du cœur ou cardiogramme, tracé des jugulaires ou phlébogramme ; trois tracés qu'il est facile de prendre concomitamment avec l'appareil de Marey. La lecture de ce polygramme nous permet de saisir sur le fait, d'une part tous les mouvements du cœur, d'autre part, l'ordre et le rapport de leur succession. La radiale nous renseigne sur ce qui se passe dans le ventricule gauche, la jugulaire sur ce qui se passe dans l'oreillette droite et l'on peut prétendre, en enregistrant les battements de deux cavités cardiaques seulement (oreillette droite et ventricule gauche) avoir sous les yeux l'activité de tout le cœur, car il est constant qu'à l'état normal ses deux cavités droite et gauche sont solidaires. C'est ce qui a été démontré par deux méthodes récentes qui permettent de reconnaître directement les mouvements des oreillettes : soit, comme Minkowski l'a fait, en introduisant une ampoule pneumatique dans l'œsophage par l'intermédiaire duquel les battements de l'oreillette seront transmis, soit simplement par la radioscopie qui permettra de s'assurer des mouvements auriculaires.

Que donne l'inscription de ces différents vaisseaux quand il y a lésion du faisceau de His ? Y a-t-il simplement compression des fibres inter-auriculo-ventriculaires, on constate, par comparaison des tracés de la jugulaire et de la radiale, deux choses : 1° qu'il manque des systoles ventriculaires ; 2° que l'intervalle qui sépare la systole auriculaire de la systole ventriculaire est très augmenté et très variable (il dure normalement 1/5e de seconde) Pourquoi ? Le faisceau communicant étant malade est moins excitable ; l'excitation mettra beaucoup plus de temps à passer de l'oreillette au ventricule, d'où retard des systoles ventriculaires.

La systole auriculaire suivante, produite en temps normal, traversera à la limite auriculo-ventriculaire un myocarde fatigué, paresseux, à peine remis de la contraction ventriculaire précédente retardée, jusqu'au moment où, ces retards s'ajoutant, une systole auriculaire trouvera le myocarde du faisceau de His en pleine période réfractaire ; elle restera donc vaine, sans effet sur le ventricule, bloquée au niveau de la zone atrioventriculaire ; c'est le phénomène du herzblock. Ainsi donc, entre deux manques de systoles ventriculaires, on voit les intervalles séparant les systoles auriculaires des systoles ventriculaires augmenter progressivement de durée (voir fig. 4).

Le faisceau de His est-il complètement détruit, le nombre des battements ventriculaires reste très lent, à peu près fixe, absolument indépendant du rythme des oreillettes (fig. 5). Rien de semblable dans les bradycardies neurogènes où oreillettes et ventricules restent absolument synchrones ce qui est d'une lecture facile sur les tracés.

C'est encore l'examen clinique qui nous mettra sur la voie de l'origine neurogène possible d'une bradycardie. Toute une série de caractères que nous avons signalés dans cette forme : variabilité du pouls, signes respiratoires et craniens, que l'on ne rencontre jamais dans la véritable maladie de Stokes-Adams, sont autant de points de repère précieux en faveur de ce diagnostic pathogénique. Enfin l'épreuve de l'atropine reste le moyen héroïque de diagnostic, car l'accélération qu'elle produit est d'autant plus considérable que l'action frénatrice du vague était forte (Pouchet).

Dans une étude d'ensemble toute récente, M. Bard a essayé de classer les arythmies cardiaques en se basant exclusivement sur la clinique. Il les divise d'après le rythme en arythmies *irrégulières*, qui peuvent être intermittentes ou continues et arythmies *régulières*, qu'il subdivise en cadencées et cycliques ; quelle que soit d'ailleurs leur origine, myocardique ou nerveuse.

Pour les arythmies qui nous occupent c'est-à-dire celles qui sont dues à un trouble de conductibilité par lésion du faisceau de His, ou arythmies de conductibilité, il les range différemment suivant que l'on a affaire à une bradycardie permanente — c'est pour lui une arythmie cadencée — ou à une forme arythmique de maladie de Stokes-Adams — c'est une arythmie cyclique.

On peut également faire rentrer dans la classification de Bard cette forme spéciale de mal de Stokes-Adams, due à un trouble d'excitabilité et qui se manifeste par des extrasystoles.

Les arythmies nerveuses peuvent, elles aussi, être rangées dans cette classification purement clinique qui ne peut avoir, dit M. Bard lui-même, ni la prétention d'être complète, ni celle d'être définitive.

Une fois en possession de cet élément capital, la cause efficiente de la bradycardie, il s'agit autant que possible d'en découvrir la cause occasionnelle.

S'agit-il d'une maladie de Stokes-Adams, il faut scruter soigneusement les antécédents du malade et chercher avec soin du côté de la syphilis, cette affection semblant avoir une prédilection toute spéciale pour le faisceau de His. Il faut s'informer également des maladies aiguës antérieures de l'adolescence, même de l'enfance (rhumatisme, diphtérie, variole).

S'agit-il d'une bradycardie neurogène, il faut examiner à fond le système nerveux du malade (système nerveux central, bulbe, cervelet, partie supérieure de la moelle, pneumogastrique au niveau du cou et dans le thorax), afin de mettre autant que possible une étiquette étiologique et d'en tirer, si possible, des conclusions pronostiques et thérapeutiques.

Pronostic. — Le pronostic de la bradycardie transitoire varie essentiellement avec la cause qui l'a produite (ictère, maladies infectieuses, du système nerveux, etc.).

Il doit être très réservé dans le cas de bradycardie paroxystique, qui n'est que la première phase de la véritable maladie de Stokes-Adams. Le pronostic de cette dernière varie avec un grand nombre de causes : âge du sujet, affection causale, fréquence des syncopes, etc. Il n'est pas fatal comme on le croyait il y a seulement quelques années, et l'on a rapporté quelques cas d'amélioration très notable, sinon de guérison, de pouls lent permanent myocardique (cas de Schuster, Erlanger, Esmein, Rénon), et d'après ce que nous avons dit plus haut, ne faut-il pas considérer nombre de pouls lents physiologiques comme des terminaisons heureuses de lésions du faisceau de His ? N'est-il pas fréquent de voir, au cours de certaines maladies infectieuses (diphtérie, grippe, rhumatisme), des bradycardies qui disparaissent ensuite sans laisser aucun vestige du côté du système cardiovasculaire ? Dans chaque cas particulier, le pronostic doit être porté après un examen clinique approfondi et après avoir tenu compte des associations morbides qui sont assez fréquentes chezdes sujets âgés. Les causes de la lésion myocardique (syphilis, cancer), l'âge du malade, la nature de l'arythmie (se méfier des bradycardies paroxystiques) et surtout la plus ou moins grande fréquence des crises syncopales sont autant de facteurs extrêmement importants avec lesquels, il faut compter avant de se prononcer sur l'évolution de la maladie. Dans les pouls lents neurogènes, c'est l'étude approfondie du système nerveux, les accidents concomitants, l'état général du sujet, qui font porter le pronostic grave que l'on devine à un plus ou moins bref délai.

Traitement. — Dans le pouls lent transitoire, c'est la cause qu'il faut soigner (ictère, empoisonnement, urémie, maladies infectieuses) ; dans quelques cas c'est à un traitement symptomatique qu'il faudra avoir recours (méningite, hémorrhagie cérébrale ou méningée).

Dans la maladie de Stokes-Adams c'est également un traitement symptomatique que l'on devra se contenter de faire, car la plupart du temps le malade viendra consulter quand la dissociation inter-auriculo-ventriculaire sera complète c'est-à-dire, que le faisceau de His est presque complètement détruit.

S'agit-il de lésion récente, d'un ralentissement du pouls au cours d'une myocardite post-rhumatismale par exemple, il va falloir au plus vite mettre le cœur au repos le plus complet possible (lit, régime lacté, révulsion précordiale, iode à l'intérieur).

S'agit-il de la lésion ancienne, on va avoir surtout à lutter contre les phénomènes nerveux au cours desquels la terminaison fatale est fréquente. Pour les prévenir, il faudra laisser le malade au lit ou le condamner à un repos presque complet, l'alimenter légèrement, lui éviter toute fatigue, tout surmenage ; l'on peut, à ces conditions, arriver à prolonger ces malades pendant quelques années.

Pour faire avorter les crises, il semble que l'on obtienne de bons résultats du nitrite d'amyle qui, vraisemblablement en abaissant la pression artérielle, rend plus facile la reprise des fonctions des ventricules. Esmein préconise l'atropine en injection sous-cutanée d'un milligramme, qui a surtout pour but de régulariser le cœur des arythmiques.

Conclusions.

En l'état actuel de nos connaissances, le pouls lent semble relever de deux pathogénies différentes

1° Il peut être d'origine myocardique, par altération anatomique ou fonctionnelle du faisceau de His .

Il se présente sous deux formes :

Transitoire : il est dû à une lésion anatomique (destruction *partielle* du faisceau de His), ou à des troubles fonctionnels du même faisceau (intoxication) ;

Permanent : il est dû à la destruction complète du faisceau de His d'où indépendance entre les mouvements des oreillettes et des ventricules ;

2° Il peut être d'origine nerveuse et est dû alors à un mauvais fonctionnement des nerfs extracardiaques ; l'épreuve de l'atropine permet de s'en assurer.

Il se présente également sous deux formes :

Transitoire : C'est ce qu'indique la grande majorité des observations ;

Permanent : (non sans quelque réserve cependant, car le myocarde n'a pas été examiné dans les cas rapportés jusqu'alors) ce qui ne permet pas d'éliminer d'une façon absolue une lésion du faisceau de His.

BIBLIOGRAPHIE

Les noms d'auteurs marqués d'un astérique * sont ceux que nous considérons comme les plus importants à consulter avec fruit et qui nous ont servi le plus pour la rédaction de cet article.

*Adams. — *Dublin Hospital Reports*, 1827, p. 390.
*Andral. — *Clinique médicale*, 1834, t. III.
Adroque. — *Th. de Toulouse*, 1903.
Aschoff. — *Brit. med. Journal*, 27 octobre 1906.
*Bard. — *Semaine médicale*, avril 1903.
Bard. — *Semaine médicale*, février 1909.
Barié. — Traité des maladies du cœur.
Barié. — *Arch. des mal. du cœur*, février 1909.
Blondeau. — *Thèse Paris*, 1879.
Boffart. — *Archives de médecine expérim.*, 1890. — *Revue de médecine*, 1884.
Bouchard et Brissaud. — *Traité de médecine* (Art. Petit).
Bouesse. — *Th. Paris*, 1891.
*Brissaud. — *Maladies du système nerveux*, 1899. — *Presse médicale*, 1896.
*Broca. — *Presse médicale*, 1er janvier 1908
Brouardel et Gilbert. — *Traité de médecine et de thérapeutique.* (Art. Merklen).
Chappet et Bériel. — *Lyon médical*, 1903.
Charcot. — *Maladies du système nerveux*, t. II, 1877.
*Chauffard. — *Bulletin médical*, 30 mars 1898.
*Chauffard et Boidin. — *Société méd. des hôpitaux* (mars et mai 1904.)
Clozel et Boyer. — *Thèse Paris*, 1879.
Comby. — *Gazette des hôpitaux*, juillet 1892.
Cornil. — *Société de Biologie*, 1875.
*Courtois-Suffit et Chéné. — *Soc. med. hôp.*, 5 février 1909.
Danielopolu. — *Société de Biologie*, 1908.
Debove. — *Presse médicale*, juillet 1904.
Debove et Achard. — *Mal. du cœur* (Art. Courtois-Suffit).
Debove, Gingeot et Comby. — *Soc. méd. hôp.*, 1888.
*Dehio (Saint-Pétersbourg). — *Med. Woch.*, 1892.
Delalande. — *Thèse Paris*, 1892.
Dieulafoy. — *Bulletin médical*, 1899.
*Dufour. — *Soc. méd. hôp.*, 1904.
Duret. — *Archives physiologie*, 1876.
* Enriquez et Ambard. — *Semaine médicale*, 25 janvier 1907.
* Engelmann. — *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1903, p. 505.
* Erlanger. — *Journal of. exp. med.*, vol.II et VII.— *Centralblat.*

für Physiologie, 1905. — *Americ. Journal of Physiol.*, vol. XIII et XIX.
* ESMEIN (Ch.). — Du ralentissement permanent ou temporaire du pouls par lésions intracardiaques. *Thèse Paris*, 1908.
FLINT. — *Arch. gén. de médecine*, 1876.
FOLLET. — *Bull. soc. méd. ouest*, 1898.
* FROIN. — *Th. Paris*, 1904.
FREDERICQ. — *Revue scientifique*, juillet 1907.
GAUDON. — *Th. Paris*, 1905.
* GASKELL. — *Phil. Transact*, 1882, 1883, 1884.
GILLET. — Rythme des bruits du cœur, 1 vol., Bibl. Charcot-Debove, 1904.
GODDARDS ROGERS. — *Assoc., med. Journal*, 1856.
GUICHARD. — *Th. Montpellier*, 1908.
GURTL. — *Dublin. hosp. Reports*, 1855.
HALBERTON. — *Medic. Chirurgie, Trans.* t. 24, Londres, 1841.
HALLOPEAU et STACKLER. — *Revue de médecine*, 1882.
HANDFIELD JONES. — *The Lancet*, 1836.
HANOT. — *Soc. méd. hôp.*, 1894.
* HEINE. — *Muller's Archiv.* 1841, p. 235.
* HEITZ et POULIOT. — *Tribune médicale*, 29 décembre 1907.
HENRY. — *Thèse Paris*, 1901.
* HERING. — *Pflug. Arch.* 1900.
HIRTZ. — *Gazette des hôp.*, 1895.
* HIS. — *Arb. aus der med. Klin. zu Leipzig*, 1893. — *Wien. med. Blätter*, n° 44, 1894. — *Congrès Intern. de Physiologie de Lausanne.* — *Centralblatt für Physiologie*, vol. IX, p. 469. — *Deutsches Archiv. f. klinische Medizin.*, 1899.
HUCHARD. — *Société de Thérapeutique*, 1889. — *Bulletin médical*, 1890. — *J. des Praticiens*, 1895. — *Archives de médecine*, sept. 1895. — Mal. du cœur et de l'aorte, 1893.
HUCHARD et BERGOUIGNAN. — *Journal des Praticiens*, 1906.
HUTCHINSON. — *Lond. hosp. Reports*, 1866, t. III, p. 366.
JACQUIER. — *Th. Paris*, 1903.
* JELLICK, COOPER et OPHÜLS. — *Journ. of. the medic. Assoc. Americ.* p. 13, 1906.
KAHN. — *Journal of. the Americ. Assoc.*, 1906.
* KEITH et Ch. MILLER. — *Lancet*, 24 novembre 1906.
KOCHER. — *Th. Paris*, 1890.
* LABBÉ (M.). — *Soc. med. hôp.*, 1901.
LAUNOIS. — *Th. Figuet, Lyon*, 1882.
LAIGNEL-LAVASTINE. — *Th. Paris*, 1903.
LASEGUE. — *Gazette hôp.*, 1881.
LEFLAIVE. — *Gazette hôp.*, 1891.
LEJARS. — *Semaine med.*, 1907.
* LÉPINE. — *Lyon médical*, 1889. — *Sem. médicale*, 1907.
LETULLE. — Th. d'agrégation, 1883.
* LOHMANN. — *Arch. f. Anat. et Physiol.*, 1904, p. 448.
LONGE (P.). — *Thèse Paris*, 1886.
LORAIN. — Le Pouls, p. 145.
* LUCE. — *Deutsche Arch. klin. Med.*, 1902.
* MACKENSIE. — *Quaterly journ. of medicin*, juillet 1908 et *Discas of Heart*, 1 vol., 1908.
MANHEIMER. — *Congrès de Neurologie*, Bruxelles, 1897.
MALASSEZ. — *Société de Biologie*, 1875.
MAUGET. — *Th. Paris*, 1899.
* MASOIN. — *Bull. Acad. roy. de Belgique*, XV, p. 389.
MATHIEU. — *Th. Lille*, 1902.
* MERKLEN. — Séméiotique des mal. du cœur (3e édition). Leçons cliniques sur les troubles fonct. du cœur (6e leçon). Paris.
MESNAGER. — *Th. Paris*, 1907.
* MORQUIO. — *Arch. méd. Enfants*, août 1901.
* NEUBURGER et EDRIGER. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 4 et 5.
* ORTNER. — *Zeitschrift für Heilkunde.* Vol., 28, 1907.
OULMONT et LIAN. — *Bull. medical*, 1907.
PALADINO. — *Movim. med. chir. di Napoli*, 1876.
PERRIN et MATHIEU. — *Gazette des hôpitaux*, 9 janvier 1908.
POTAIN. — *Bull. médical*, 1887.
POUZIN. — *Th. Paris*, 1898.
QUELMÉ. — *Th. Paris*, 1895.
REGNARD. — *Th. Paris*, 1890.
* RENDU. — *Soc. méd. hôpitaux*, 1895.
RÉNON. — *La Clinique*, février 1909.
RICH QUAIN. — *Medic. Chirurg. Trans.*, vol. 24.
RIGAL. — Nouveau dict. med. et chirurg. (Art. Pouls).
* ROSENTHAL. — Mal. syst. neveux, p. 329-1860.
SAURET. — *Th. Paris*, 1898.
PIOT. — *Th. Paris*, 1900.
SIREDEY. — *Revue de médecine*, 1903.
* SOUQUES et CHÉNÉ. — *Soc. méd. hôp.* 29 janvier 1909.
* STACKLER. — *Revue de médecine*, 1882.
* STANLEY KENT. — *Journ. of. Physiol.* vol., XIV, p. 43.
* STOKES. — *Dublin. quarterly Journal of. med. Sc.*, 1846. Mal. cœur et aorte (traduc. Sénac).
* TAWARA. — *Das Reizleitungssystem des Saugetierherzens*, 1 vol., 9 Fische. Iéna. 1906.
TAYLOR. — *Journ. of the Amer., Assoc. med.*, 18 avril 1908.
THORNTON. — *Transact. of the clin. soc.* London, VIII, p. 95.
TRIPIER. — *Revue de médecine*, 1902.
TRIBOULET et GOUGEROT. — *Tribune médicale*. 23 juillet 1904.
* VAQUEZ. — *Gazette hebdomadaire*, 1890.
* VAQUEZ et BUREAU. — *Soc. de Biologie*, 1893.
* VAQUEZ. — *Presse médicale*, 14 février 1903.
* VAQUEZ et ESMEIN. — *Presse médicale*, 26 janvier 1907.
* VAQUEZ et ESMEIN. — *Soc. méd. hôp.*, 25 janvier 1907.
* VAQUEZ. — *Soc. méd. hôp.*, 26 juillet 1907.
* VAQUEZ et ESMEIN. — *Soc. méd. hôp.*, 27 novembre 1908.
* VAQUEZ. — *Tribune médicale*, 10 août 1907.
VIGOUROUX. — *Gaz. hôpitaux*, 1876.
VON BOKAY. — *Deutsche mediz. Woch.*, 9 août 1908.
* WIDAL et LEMIERRE. — *Soc. Méd. hôp.*, 1902.
* WENCKEBACH. — Arythmies du muscle cardiaque, 1 vol., Leipzig, 1908. — *Zeitschrift für klin. Méd.* vol., 36. — *Arch. f. Physiol.*, 1906. — *Arch. des mal. du cœur*, 1908.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Réorganisation de l'inspection médicale des écoles primaires de Paris.

On n'a guère commenté jusqu'ici, malgré son importance, l'une des dernières décisions du conseil municipal de Paris, réformant le mode d'inspection médicale des écoles de la ville.

Jusqu'à présent, le médecin-inspecteur est nommé par le Préfet de la Seine sur la proposition de la délégation cantonale ; il touche une indemnité annuelle de 800 francs pour visiter l'école deux fois par mois, faire des rapports bimensuels, assister une fois l'an aux revaccinations.

Désormais (1), le médecin-inspecteur sera nommé au concours ; il touchera une indemnité annuelle de 1200 francs pour une *visite hebdomadaire* (2), pour l'*examen individuel* de 1000 enfants à leur entrée à l'école, pour établir la *fiche sanitaire* des enfants au-dessus de six ans, pour la *revaccination* des enfants.

De ce schéma comparé jaillit une première évidence : c'est que le travail exigé du futur médecin-inspecteur des écoles dépasse de beaucoup l'augmentation de salaire qui dore le nouveau projet. C'est toujours la même injustice apparente, pouvant s'expliquer sans doute par cette conception plutôt moyennâgeuse et qui consiste à prendre le médecin pour un être à part, pour une sorte de parasite de la société, vivant de l'air du temps ou des miettes qu'on veut bien lui jeter ; ou bien encore et d'une façon plus flatteuse pour un surhomme ou pour un ange qui échapperait, par sa nature éthérée, aux lois de solidarité sociale, de protection, d'équilibre équitable, dont bénéficie la société moderne.

Pourquoi donc avoir, par surcroît, chargé le nouveau médecin-inspecteur de la revaccination des enfants des

(1) A partir du 1er janvier 1910.
(2) Et une visite mensuelle des écoles privées.

écoles publiques ? Pourquoi ravir au médecin traitant ce qui lui appartient de par la liberté des familles, en incorporant d'office à un rôle d'*inspection*, c'est-à-dire de pur contrôle, ce qui touche au domaine des soins ? Cette mesure porte évidemment atteinte aux intérêts légitimes du corps médical et ne paraît pas avantager tout spécialement le médecin-inspecteur.

Par contre, la réforme adoptée par le Conseil municipal de Paris implique un progrès sérieux, en adoptant le mode de nomination à la suite d'un concours. Les sceptiques, et il y en a trop parmi nous, penseront qu'il ne s'agit que d'un concours de plus. Il faut pourtant reconnaître que, pratiqué dans des conditions équitables, le concours est encore le meilleur mode de recrutement que réclament d'ailleurs depuis longtemps les médecins inspecteurs des écoles (1). Je sais bien que le Conseil d'administration du *Syndicat des médecins de la Seine* a proposé « que les fonctions de médecin des écoles soient d'une « durée limitée et que le recrutement ait lieu par roule- « ment entre les médecins ayant dix ans d'exercice ». Ce système du roulement, basé sur des conceptions égalitaires un peu spéculatives, supprime d'emblée le choix, et par conséquent le libre choix, sans qu'il soit démontré que l'égalité d'aptitude immédiate de tous les médecins pour telle ou telle spécialisation entraine l'inanité d'une sélection et permette d'une sorte de nivellement médico-démagogique. Or, si le libre choix est réclamé pour le malade, pourquoi le refuser à celui qui « emploie » le médecin inspecteur ? Pourquoi, chers Aristides, deux poids et deux mesures ? Pourquoi vouloir transformer les écoles primaires en « ateliers nationaux » où les médecins passeraient à la caisse à tour de rôle, en une série sans cesse renouvelée, de « fonctionnaires » communaux ?

En résumé, la réorganisation de l'inspection médicale des écoles primaires telle qu'elle résulte du rapport du conseiller Guibert est loin d'être parfaite. Je me permets de croire qu'on eût obtenu mieux, s'il y eût eu entente préalable au lieu d'une coaction divergente, et si les divers groupements médicaux avaient prêté leur concours amiable et transactionnel au groupement dirigeant, qui dans l'espèce ne pouvait être, logiquement, du fait de sa compétence, de son expérience et de ses initiatives antérieures, que la *Société des médecins inspecteurs de la ville de Paris*. CORNET.

La deuxième cloche

Il est regrettable que notre distingué confrère Noir, retenu par ses occupations syndicales, ne fréquente pas plus souvent notre salle de rédaction. Il épargnerait aux colonnes du *Progrès* la surcharge d'une discussion sur le mode personnel. Il conviendrait facilement que je ne me suis pas « indigné » ; que je n'ai « exprimé aucune crainte » ; que je n'ai, ni en fait, ni en intention, songé à hiérarchiser les « simples » ouvriers zingeurs ; que, surtout il n'y a rien dans ma constitution spirituelle, rien qui « m'empêche de souffrir que les médecins pour se défendre eussent recours aux syndicats » ; qu'en un mot, il transforme, inconsciemment je pense, la lettre et l'esprit de mon innocent Bulletin.

Enfin, abandonnant le mode subjectif et la casuistique, il reconnaîtrait peut-être que les syndicats ont fait de la mauvaise besogne, *sur la question précise de l'agrégation.*

J'ai reçu un dédommagement à ce désir non satisfait : une lettre d'un médecin, qui « quoique professeur », possède une autorité scientifique et morale incontestée, du Dr Grasset.

Voici cette lettre :

Mon Cher Collègue.

Dans votre spirituel *Bulletin* du dernier *Progrès*, il n'y a qu'un point qui n'est pas très exact : c'est quand vous dites : personne ne dit de mal du nouveau régime, c'est que chacun le trouve bien. Je crois que la cause de ce silence général est plutôt l'ahurissement que la satisfaction. Le nouveau régime ne marque aucun progrès, n'accepte aucune des idées heureuses du projet Bouchard ; il n'y a ni admissibles définitifs supprimant la préparation livresque et facilitant les travaux personnels, ni les épreuves générales pour faire un peu d'unité dans l'éparpillement des spécialités. Le seul avantage est un tirage au sort du jury qui peut faire que la faculté de Paris ne soit pas représentée dans le jury... La vraie conclusion, c'est que nous avons bien perdu, tous, notre temps en nous réunissant et en discutant tout cela, à Paris, lors de la réunion de l'Association... On a beau être vieux, on découvre toujours de drôles de choses nouvelles qui étonnent... »

Affectueux hommages. Dr GRASSET.

Mon cher Noir, c'est la deuxième cloche : le nouveau régime est un recul. Je ne suis plus seul à le dire. Et c'est vous, avec beaucoup d'autres, qui en êtes la cause.

Mon cher Noir, c'est vous qui contemplez les étoiles : vous y voyez l'agrégation morte, nos ventres écrasés par les syndiqués, vos troupes syndicales décapitant tout ce qui dépasse ; vous avez un puissant télescope.

Je croyais jusqu'ici les syndicats des associations fraternelles ; c'est l'idéal que je m'en formais. Il me semble que je me suis trompé. G. MILIAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques remarques relatives à la lombricose ;

Par le Dr DUCHAMP (de Marseille).

Dans la médecine populaire on attribue aux vers un rôle prépondérant dans l'étiologie des maladies ; vers et dents tiennent sous leur dépendance presque toute la pathologie infantile. Il en résulte que les parents administrent à leurs enfants, de façon intempestive, des purgatifs et des vermifuges qui aggravent ou provoquent des entérites.

Par contre, les médecins songent rarement aux vers comme agents pathogènes et c'est au hasard qu'ils doivent le plus souvent de connaître leur présence. Comme l'imprécision des symptômes est la principale cause de ces erreurs, nous voudrions attirer l'attention (le trop petit nombre des cas observés ne nous permettant pas de conclure) sur un signe que nous avons retrouvé chez trois malades atteints de lombricose : *dilatation pupillaire très nette et éclat particulier du regard.* La symptomatologie, assez complexe par ailleurs, était de nature à faire redouter une affection plus grave.

Voici du reste les observations résumées :

— En septembre 1908, alors que je soignais une fillette de 12 ans pour une fièvre typhoïde, je fus prié d'examiner une de ses sœurs âgée de 3 ans 1/2 qui, la veille, s'était plainte de la tête et du ventre. Elle avait eu de la diarrhée,

(1) Dr BLAYAC, *rapport d'ensemble*, 1888. Dr Paul CORNET. *rapport général sur l'hygiène scolaire et sur l'inspection médicale des écoles primaires de Paris* 1905 (rapports publiés par les soins du conseil municipal de Paris.)

des vomissements et la température rectale était montée le soir à 39°5. Pendant la nuit, au cours de l'agitation et du délire, était survenue une épistaxis assez abondante.

Je trouvai le ventre ballonné, sensible à la pression un peu gargouillant dans les deux fosses iliaques le pouls était rapide, la langue sale, la température atteignait 39°1. La malade avait le facies vultueux, *les yeux brillants, les pupilles dilatées.*

Ne constatant rien d'autre et tenant compte du milieu épidémique, j'étais porté à croire à une fièvre typhoïde et ordonnais du calomel à dose purgative. Un gros lombric fut expulsé et l'état de l'enfant fut aussitôt amélioré. L'administration d'une petite dose de calomel et santonine deux matins de suite fut suivie, le deuxième jour, de l'expulsion de deux nouveaux lombrics, après quoi tout rentra dans l'ordre.

Depuis lors, quand la mère constate que l'enfant a de l'état saburral des voies digestives avec éclat des yeux et dilatation pupillaire, elle administre, selon mon conseil, du calomel et de la santonine 3 matins de suite, ce qui provoque l'expulsion de lombrics et la santé se rétablit. C'est ainsi que de septembre 1908 à juin 1909 cet enfant a évacué dix nématodes.

— En octobre 1908, je fus appelé en toute hâte auprès d'une fillette qui avait été prise de convulsions dont l'intensité avait effrayé l'entourage. Cet état avait été précédé de mal de tête, de diarrhée et de vomissements.

A mon arrivée, l'enfant était dans une sorte de coma avec *pupilles dilatées* et température à 38°9. Le système nerveux pas plus que les autres organes ne révélant rien de spécial, je prescrivis à tout hasard une petite dose de calomel-santonine à prendre trois matins de suite. Après la seconde prise, expulsion d'un lombric et guérison consécutive.

— Le troisième cas, en juin 1909, concerne le frère de la fillette qui fait l'objet de la première observation. Bien que les parents emploient l'eau filtrée pour les besoins ménagers l'endémicité parmi les enfants est sans doute entretenue par une source qui jaillit dans le jardin ; quoi qu'il en soit, ce garçonnet de 5 ans, de bonne santé habituelle, se plaint brusquement de la tête, du ventre, vomit tout ce qu'on lui donne ; il a pendant la nuit de l'agitation, du délire et sa température atteint 40°4.

Je le trouve le matin dans une situation presque identique : température de 39°6, langue sale, haleine fétide, toux sèche sans signes stéthoscopiques. Je note la *dilatation pupillaire* et l'éclat des yeux et j'apprends que la mère a constaté, depuis quelques jours, l'état de la langue, l'odeur de l'haleine et remarqué que l'enfant se frottait fréquemment le nez, qu'il était pris par instant de toux sèche et quinteuse avec râclement « comme s'il voulait expulser quelque chose ». Sous l'influence du traitement anthelmintique, il rend trois lombrics, deux gros et un petit et tous les accidents disparaissent y compris la toux.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces observations, c'est l'apparente gravité des symptômes, l'intensité de la fièvre et des réactions nerveuses. On retrouve ici ou là la plupart des signes dont on a chargé la lombricose, mais sans que les convulsions, considérées par certains comme un bon signe se soient montrées de façons particulièrement fréquentes (une seule fois chez l'enfant le plus jeune, mais avec une très grande intensité).

Le seul symptôme qui, dans les cas observés, ait été constant et vraiment particulier, c'est la *dilatation pupillaire* et *l'éclat des yeux*. Il est à désirer que des observations ultérieures viennent en déterminer l'exacte valeur.

REVUE DES JOURNAUX

L'eau chaude en thérapeutique.

L'application de l'eau chaude est indiquée dans un nombre presque infini de cas. Mais il faut des aides intelligents et dévoués pour exécuter les prescriptions, très simples d'ailleurs. Tremper les compresses de tarlatane dans de l'eau entre 50 et 55 degrés centigrades, les mettre sur le foyer inflammatoire ; les enlever au bout de quelques secondes, les plonger de nouveau dans l'eau maintenue à cette température de 50 à 55, les replacer sur le phlegmon et ainsi pendant un quart d'heure ou vingt minutes et répéter la manœuvre trois ou quatre fois par jour. Ce traitement, avec ou sans pulvérisation, est excellent pour les furoncles, les anthrax, les panaris dans les phlogoses profondes, telles que les prostatites et les cystites chez l'homme, les métrites, les salpingites, les ovarites chez la femme. Ici, pas de bandes élastiques, pas de ventouses possibles, et les lavements chauds constituent alors une thérapeutique d'une efficacité merveilleuse. Les résultats en sont si évidents pour le traitement des prostatites aiguës qu'on ne lui oppose jamais d'autre méthode et que, depuis une quinzaine d'années, il est resté classique. Au cours des prostatites chroniques et des rétentions d'urine qu'elles provoquent trop souvent chez les vieillards, les lavements répétés à la température de 50 degrés m'ont donné de longues sédations du mal, et je sais une petite ville dont la beauté du site a fait l'asile de nombreux retraités qui, sous l'orme du mail, se racontent entre eux le mérite de cette médication aussi efficace que simple.

Et pour toutes ces maladies qui couchent désespérément tant de jeunes femmes sur leurs chaises longues, que de bienfaits un grand nombre d'entre elles ne doivent-elles pas à l'eau chaude ! J'ai dû, bien longtemps, je dois lutter encore contre un préjugé basé sur une erreur anatomique. Puisqu'il s'agit de maladies utéro-ovariennes, pensaient les médecins, c'est par le vagin qu'on doit les atteindre et ils conseillaient, beaucoup conseillent encore, les irrigations vaginales. Certes, je ne les proscris pas parce qu'elles ont leur utilité, mais combien plus actives, plus efficaces, meilleures, sont les irrigations rectales, et l'eau chaude qui s'accumule dans l'ampoule n'atteint pas simplement, comme les premières, un col sans grande importance, mais elle baigne pour ainsi dire les trompes, les ovaires, la face postérieure de la matrice et les plexus artériels et veineux qui irriguent ces organes. (Reclus. *Journal des Praticiens*, 1909, p. 543.)

L'angine ourlienne.

L'angine est un symptôme habituel des oreillons ; elle existe dans 62 % des cas ; elle est bénigne, apparaît en même temps que la fluxion parotidienne ou la précède, et disparaît avec elle, vers le cinquième ou sixième jour.

Dans quelques cas, cependant, cette angine présente une intensité particulière et constitue le symptôme dominant de l'infection ourlienne ; elle n'est pas seulement érythémateuse, comme lorsqu'elle est bénigne, elle prend une forme plus grave et peut être herpétique ou pultacée ; c'est une complication exceptionnelle, et qui s'accompagne d'hyperthermie, sans assombrir le pronostic.

Au début, cette angine grave ressemble à l'angine ordinaire et n'en diffère guère.

Mais la fièvre et les lésions locales persistent, et on peut voir survenir une poussée herpétique sur les amygdales, avec une douleur pharyngée très violente.

Dans les cas cités par M. Sassy, ces angines s'accompagnaient d'un état gastrique des plus nets ; l'atteinte du tube digestif était révélée, en outre de ces lésions pharyngées, par l'état saburral de la langue, l'inappétence, des douleurs épigastriques, des vomissements, de la constipation.

Du côté des autres appareils, on constatait des signes de retentissement d'une infection grave ; les urines étaient rares, chargées, et les phénomènes d'excitation cérébrale se manifestaient par du subdélire ; d'autres complications survenaient à leur tour, mais, chose remarquable, à ce moment-là, la tuméfaction ourlienne avait généralement disparu.

Cependant, pas d'atteinte du myocarde ; le pouls, relativement peu rapide, malgré la gravité des phénomènes généraux, a toujours été plein et bien frappé.

Durant tout ce temps-là, l'état général s'est maintenu très grave, la température très élevée, et c'est même un fait peu ordinaire que cette hyperthermie au cours d'une affection qui s'accompagne ordinairement de fièvre modérée sinon d'apyrexie complète.

Cependant l'évolution a été assez rapide et s'est effectuée en cinq en six jours, et a toujours été très favorable.

Il est difficile de décider si cette angine est une manifestation de l'oreillon lui-même, ou un phénomène de complication. Elle

est sous la dépendance du processus ourlien, mais on ne peut affirmer si elle est causée par le microbe des oreillons ou par infection secondaire favorisée par la sécheresse de la bouche et la modification de la sécrétion parotidienne.

Dans les angines graves, pas de complications du côté de l'oreille moyenne, alors qu'on en observe dans les angines bénignes. (Raoul Lassy. *Thèse de Montpellier.*)

La pancréatite ourlienne.

Cette complication, tout en variant beaucoup avec les épidémies, est fort rare, et il n'y a aucune relation entre la gravité de la maladie et l'apparition de la métastase pancréatique. Rien ne peut la faire prévoir. Quant aux douleurs et aux troubles digestifs qu'elle détermine, on les attribue à l'irritation et la compression du plexus solaire.

Le début de la pancréatite ourlienne peut s'effectuer du premier au douzième jour des oreillons ; mais la complication est rare à ces dates extrêmes, et se montre le plus souvent du troisième au sixième jour ; elle s'annonce par deux symptômes capitaux : *la douleur et les vomissements.*

La douleur, presque toujours spontanée, est cependant, dans quelques cas rares, réveillée uniquement par la pression ; profonde et sourde d'abord, elle devient bientôt plus intense et peut présenter une telle acuité qu'elle provoque la syncope ; comme les névralgies, elle procède par paroxysmes. Elle siège dans la région épigastrique, au milieu de la ligne qui réunit l'ombilic à l'appendice xiphoïde, et peut irradier vers le dos, simulant la douleur en broche de l'ulcère de l'estomac, ou bien le long des fausses côtes gauches.

Les vomissements, presque aussi fréquents que la douleur, présentent tous les degrés entre la simple nausée et le vomissement incoercible. Quand ils revêtent cette dernière forme, en se joignant à une douleur violente, ils peuvent égarer le diagnostic vers l'idée d'une péritonite aiguë. D'abord alimentaires, ils deviennent, par la suite, aqueux et surtout bilieux, très rarement hémorrhagiques (cas de Lemoine et Lepasset) ; ils sont réveillés par l'ingestion de la plus minime quantité de liquide, par la palpation, et peuvent être atrocement douloureux.

Les troubles intestinaux sont fréquents. Parfois, le cas est rare, il y a de la constipation ; en général il existe une diarrhée indolore, séreuse ou bilieuse, parfois vraiment profuse. L'ictère, que l'on pourrait croire fréquent en raison des connexions intimes du canal cholédoque avec la tête du pancréas, est extrêmement rare.

La fièvre est très variable d'allure ; elle peut faire défaut ; le plus souvent elle oscille entre 38 et 39 degrés, paraît en rapport avec l'intensité de la lésion pancréatique et ne dure pas plus de trois à quatre jours.

Enfin, les symptômes locaux ou fonctionnels dus à la lésion du pancréas lui-même sont extrêmement rares. La palpation, très difficile en raison de la douleur épigastrique, ne révèle presque jamais d'augmentation de volume du pancréas ; Jacob seul a pu, dans un cas percevoir au-dessous du foie, dans la région pancréatique, une masse sensible à la pression, non mobile avec la respiration, et qui disparut complètement au bout de onze jours.

Il y a rarement de l'albumine, jamais de glycosurie spontanée ou provoquée, jamais de stéatorrhée.

L'évolution de la pancréatite ourlienne est, en général, extrêmement courte, variant de deux à sept jours, et durant le plus souvent trois à quatre jours seulement. La fièvre tombe la première, les vomissements disparaissent ensuite ; la douleur dure plus longtemps, décroît de façon insensible et finit par ne se révéler qu'à une pression un peu forte. Le malade entre alors en convalescence et ne garde de cet orage, aux allures parfois si terribles, qu'un peu de faiblesse et d'asthénie.

La guérison est, en effet, la règle (on ne connaît qu'un cas de mort), et se fait intégralement. car il semble que le pancréas ne conserve aucune altération. Mais, quoique M. Simonin ait revu un de ses malades en pleine santé au bout de trois ans, il est encore prudent de réserver le pronostic éloigné jusqu'à ce que l'étude à longue échéance de tels malades ait prouvé que la pancréatite ourlienne guérit définitivement sans laisser de lésions anatomiques ni de troubles fonctionnels.

Le diagnostic peut être excessivement difficile quand les oreillons ne sont pas évidents, et quand la douleur et les vomissements prennent cette acuité et cette intensité extrêmes signalées dans certaines observations ; on est alors conduit à incriminer une perforation de l'estomac ou du duodénum, ou une péritonite suraiguë.

Ce sont, en somme, la constatation des signes d'oreillons, l'âge peu avancé du sujet, l'intégrité de son passé au point de vue gastro-hépatique et l'examen de l'abdomen, aussi soigneux que le permet la douleur, qui constituent les meilleurs éléments du diagnostic différentiel.

Le traitement est purement symptomatique. L'on se borne à essayer d'atténuer la douleur et les vomissements ; les meilleurs agents que l'on possède pour arriver à ce résultat sont les potions à la cocaïne et à l'opium, la glace ingérée par petits fragments, ou appliquée dans une large vessie sur l'épigastre, et l'injection de morphine quand la douleur est par trop vive. Paul Roye. (*La Clinique*, n° 30.)

Comment se transmet la scarlatine.

Ne pensons plus à la desquamation comme source d'infection scarlatineuse, mais prenons garde aux sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles. Tant que ces organes ne seront pas nettoyés et redevenus sains, nous devons considérer les enfants comme dangereux. Il faut désinfecter les malades du mieux possible ; la désinfection des locaux est superflue. Les microbes de la scarlatine, comme ceux des autres maladies contagieuses ne s'attachent pas aux murs, aux parquets, aux plafonds, ils ne hantent ni la cave ni le grenier, ils ne se réfugient pas sur les toits, fussent-ils de chaume, comme dans le cottage cité par Richardson. Les microbes sont véhiculés par le malade et les personnes qui l'approchent ; ils vivent dans ses sécrétions et excrétions on désinfectera les objets souillés par elles, mais on s'appliquera surtout à la désinfection la plus soigneuse des cavités naso-pharyngiennes, buccales, auriculaires, etc. On prescrira un isolement rigoureux et prolongé ; on sera propre, *aseptique* ; on mettra des blouses, on se lavera les mains, la figure, quand elles auront pu être contaminées ; quant à l'*antisepsie*, elle sera limitée aux linges et autres objets souillés par le contact du malade ; l'eau bouillante, la lessive suffisent dans la plupart des cas ; l'étuve à vapeur sous pression qui détruit les étoffes, même les matelas, sans d'ailleurs les désinfecter à fond, les pulvérisations de sublimé, qui détériorent tout sur leur passage et ne servent à rien, seront proscrites. Leur règne néfaste a assez duré ; il doit cesser.

Assainissons l'habitation, donnons de l'air, du soleil, de l'eau en abondance, isolons rigoureusement les malades de nos hôpitaux, ne laissons pas partir trop tôt les convalescents, soyons propres, aseptiques comme les chirurgiens, ne faisons pas de mal aux malades, respectons leurs meubles, ne détériorons pas leurs pauvres logements ; nous ne pouvons faire mieux actuellement pour la prophylaxie de la scarlatine. (Comby. *Arch. de médecine des enfants*, n° 8).

L'imperméabilité rénale quantitative.

En présence d'un sujet qui urine abondamment, autant ou presque autant qu'il boit, la question d'imperméabilité quantitative ne se pose pas.

C'est en face d'un malade qui urine peu, bien que buvant abondamment, qu'il faudra songer à ce syndrome.

Le diagnostic doit se faire par l'épreuve des boissons. Tout malade suspect sera soumis à cette épreuve.

Elle consiste, le régime déchloruré et le traitement par la théobromine étant institués, à essayer chaque jour des doses décroissantes de boissons jusqu'à ce que la quantité de boissons approche du taux des urines rendues.

En cas de diagnostic positif, deux résultats ne tarderont pas à être atteints.

L'établissement d'une proportionnalité raisonnable entre le volume de liquide ingéré et celui de l'urine excrété en vingt-quatre heures, le premier restant d'ordinaire supérieur au second, l'écart entre ces deux données oscillera entre 100 et 200 ou 300 grammes. Disparitions ou atténuation des signes physiques et fonctionnels (dyspnée, etc.)

En cas de diagnostic négatif, les signes fonctionnels et physiques ne manqueraient pas d'augmenter dès la diminution du taux des boissons.

L'épreuve inverse sera pratiquée : en élevant la quantité des boissons on voit apparaître la dyspnée, en même temps que le taux des urines ne suit que de très loin le taux des boissons.

On détermine par tâtonnements la quantité optima de liquide à donner au sujet, c'est-à-dire le coefficient de capacité pour les liquides (ou coefficient d'ingestion de liquide). (COURTELLEMONT *Semaine médicale*, 18 août 1909, p. 387.) Dr FRANCIS.

LE XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
BUDAPEST

Le seizième congrès international de médecine s'est ouvert le 29 août, à onze heures du matin, dans la gande salle des fêtes municipale, en présence de l'archiduc Joseph, représentant l'empereur Francois-Joseph, protecteur du congrès.

Plusieurs ministres, de nombreux diplomates et hauts fonctionnaires, les délégués officiels de trente-deux gouvernements et environ 3.500 médecins venus à cette occasion à Budapest de toutes les parties du monde, assistaient à cette belle solennité scientifique.

Par suite d'une indisposition subite du président Müller, la séance fut ouverte par le professeur baron Frédéric de Koranyi qui prononca quelques mots de bienvenue.

L'archiduc Joseph a répondu en ces termes :

« Messieurs,

« C'est avec une satisfaction particulière que j'ai l'honneur d'ouvrir, en qualité de représentant de Sa Majesté le seizième Congrès international de médecine.

Messieurs,

« Etre au service de l'humanité, nous consacrer avec toutes les forces physiques et les facultés intellectuelles que Dieu nous a données au bien-être de nos semblables, reste toujours le but idéal de notre existence. Nous ne pouvons nous passer les uns des autres, et la valeur individuelle de chaque homme augmente dans la mesure où son travail est plus profitable aux autres individus ou bien à l'humanité entière.

« Or, ce qui est vrai pour l'individu est encore plus vrai pour une profession entière, et à cet égard, tout homme pensant honnêtement doit reconnaître qu'il y a peu de professions exerçant sur l'individu, sur la famille, et en dernière conséquence sur toute la vie des Etats une influence aussi profonde et aussi étendue que l'influence, justement, de votre profession.

« Tout être vivant a le désir et le droit d'être heureux, et de l'être le plus longtemps que cela est possible. Et ce n'est point une vérité nouvelle que la condition fondamentale du bonheur de cette terre est une vie saine, satisfaite et longue. Comme le bras et l'esprit vigoureux d'un père en bonne santé forment la condition préalable du bonheur de toute la famille, ainsi ce sont encore, en somme, la santé et la vitalité des générations successives qui constituent le bien-être des Etats, et par suite, de l'humanité.

« Voilà, pourquoi, Messieurs, lorsque avec votre savoir vous vous efforcez de préserver des dangers la santé de l'individu, de guérir ses maladies et de restaurer sa capacité de travail, lorsque — en des efforts qui n'ont leurs pareils dans aucune autre profession — vous cherchez à sauvegarder la totalité de la population contre ce qui porte atteinte à la santé et ce qui remenace la vie humaine, il faut que non seulement la reconnaissance des individus, mais encore la gratitude de la totalité des hommes vous soient assurées pleinement.

« En dehors de ce profit résultant de votre activité scientifique, on doit encore reconnaître à cette activté la valeur inhérente à tout effort scientifique : d'avoir sa part dans le progrès de la civilisation de l'humanité. De plus, on ne doit point oublier que dans votre profession chacune de vos paroles et chacun de vos actes sont destinés à venir en aide à la souffrance. Vous avez la mission de cultiver à tous égards le noble sentiment de l'humanité vous n'êtes donc pas seulement au service de la science, mais encore à celui du sentiment et de l'humanité entière.

« Nous tous, nous connaissons les grands progrès que votre science a faits pendant ces derniers temps. Nous tous, nous savons les grands succès que doit à votre savoir l'humanité souffrante.

« Avec une entière reconnaissance des résultats que vous avez déjà obtenus, et avec le ferme espoir que cette assemblée aussi contribuera beaucoup au développement des sciences médicales et qu'elle sera en mesure d'élever le niveau de la civilisation en général, de soulager les souffrances des individus et de renforcer les conditions économiques fondamentales des Etats, j'appelle les plus riches bénédictions du Tout-Puissant sur tous les membres de cette assemblée et sur leurs travaux, et au nom de S. M. l'empereur et roi apostolique, je déclare que le congrès est ouvert. »

Ensuite le comte Alpert Apponyi, ministre de l'Instruction publique, dans un magnifique discours, et M. de Fulepp, préfet de la ville de Budapest, en quelques paroles chaleureuses ont salué l'assemblée au nom du gouvernement hongrois et de la municipalité de la capitale hongroise. Puis la parole fut donnée au professeur Emile de Grosz, directeur de la première clinique ophtalmologique de l'université de Budapest, secrétaire du congrès qui a donné lecture du compte rendu des travaux préparatoires de l'assemblée.

Enfin les présidents des délégations officielles ont salué le congrès au nom de leurs gouvernements respectifs et le professeur Lucas-Championnière, de Paris, au nom de l'Association internationale de la presse médicale.

L'allocution du docteur Landouzy, président de la délégation française, est concue en ces termes :

« Altesse impériale et royale
Monsieur le ministre et président

A Sa Majesté impériale et royale apostolique, dont l'insigne patronage fait un palladium au 16e Congrès international de médecine, nous apportons les hommages très respectueusement reconnaissants de la médecine francaise.

Venue de la patrie des Bichat, des Corvisart, des Laennec, des Dupuytren, des Bonnet, des Bretonneau, des Claude Benard, des Villemin, des Pasteur, et des Curie, notre délégation vient offrir au pays de Philippe-Ignace Semmelweis, avec leur salut cordial, la collaboration des corps académiques, universitaires, hospitaliers, des praticiens et des sociétés médicales accourus ici de toutes les parties de la France.

Nombreuses sont les raisons qui attirent en Transleithanie tout un peuple de nos confrères.

Ce n'est pas seulement la renommée de vos penseurs, de vos artistes et de vos savants ; ce ne sont pas seulement, avec les beautés paisibles ou torrentueuses du Danube, les richesses de la Tisza, d'où coulent vos vins, qui de l'or ont le prix et la couleur ; ce ne sont pas seulement les souvenirs et les monuments de votre glorieuse cité.

Nous venons voir—ce que vous montrez avec juste orgueil, les palais, les bibliothèques, les écoles, les musées, les institutions que vous consacrez au culte des arts, des sciences et de la charité.

Vous êtes fiers, à bon droit, des œuvres d'assistance, d'éducation et de solidarité par lesquelles vous voulez qu'à travers toute la Hongrie, par la médecine — devenue désomais autant empêcheuse que guérisseuse des maladies de l'esprit et du corps — se fasse, avec plus de justice dans la santé publique et physique des peuples meilleure répartition du bonheur moral et matériel parmi les individus et les collectivités.

Nous savons combien, en votre capitale, ont diminué la mortalité et la misère ; nous savons que c'en est bien fini du temps où chez vous, *les chercheurs de lit* étaient légion.

Nous savons combien de maisons salubres remplacent les vieilles masures où vivait, entassée, toute une population d'ouvriers agricoles, combien sous l'impulsion du docteur Wekerlé, président du conseil, de claires cités ouvrières vont bientôt peupler vos faubourgs !

Nous savons comment, chez vous, comme dans tous les pays où la politique sanitaire est en honneur, nous savons comment vos hommes d'état, les Andrassy, les Apponyi, les Kossuth, les de Daranyi, collaborent avec les médecins pour que par l'éducation, soient faites sanitaires et charitables les mœurs, sans lesquelles les lois de salut public restent lettre morte.

Par ce temps de luttes internationales, où chaque jour les peuples civilisés travaillent à d'autres conquêtes qu'à des vic-

toires guerrières, nous aimons à nous réunir en d'incessants congrès, curieux de bien d'autres choses que des armements terriens, maritimes, voire aériens pour lesquels, à l'envi, s'endettent tous les Etats d'Europe ! Ce dont nous prenons souci, nous autres médecins, c'est d'une guerre internationale faite à la maladie ! Ce que nous visitons avec curiosité, ce sont les forteresses — les cliniques et les laboratoires j'entends — d'où se donne l'assaut à l'ignorance et à la misère ; ce qui nous passionne, ce sont les arsenaux, ce sont les armements qui tuent les épidémies, les épizooties et les épiphyties, qui font la maladie, comme la douleur, évitable ; la vieillesse supportable, et la mort plus tardive.

C'est pourquoi nous tenons à faire partie de vos solennelles assises internationales, que nos illustres collègues, les professeurs Calman Müller et Emile de Grosz, veulent voir le disputer, en intérêt comme en éclat, à ce qu'ont été nos précédentes réunions ; ce pourquoi, dis-je, nous avons tenu à répondre à votre appel, c'est pour participer à l'avancement de la science médicale, chacun venant emprunter à son voisin ce qui promet d'être le plus profitable à tous.

Dans cet ordre d'idées, notre attention s'éveille particulièrement sur ce qu'en matière de *Protection de l'enfance*, ont réussi par le vote de la loi de 1901, le patriotisme et la philanthropie de votre ancien président du cabinet, M. Colcman de Szell. C'est grâce à lui, et aux instructions du ministre, M. Jules Andrassy, que l'an dernier, votre protection légale s'étendait sur plus de 36.000 enfants !

Il est une autre lutte que celle dirigée contre les misères, les disgrâces et les déchéances infantiles dont nous voulons étudier le mécanisme avec d'autant plus d'intérêt que nous vous savons assez nouvellement entrés dans la *lutte contre la tuberculose* ; n'est-ce pas à la suite du discours chaleureux prononcé en 1906, à la Chambre des Magnats, par notre Confrère, le professeur Frédéric Koranyi ? Nous savons comment, grâce à la philanthropie privée, grâce à l'Etat, grâce à la sollicitude des comtes Andrassy et Léopold Edelsheim, Gyulay, grâce à l'énergie du docteur C. Chyser, s'est engagée dans le royaume la lutte contre la maladie sociale ; la Hongrie trouvant dans les dispensaires du type Calmette l'arme la meilleure contre la tuberculose, puisqu'ils réalisent à la fois la prévention, l'éducation et l'assistance.

C'est dans un esprit de cordiale émulation scientifique que la délégation francaise répond, nombreuse, empressée, à l'invitation du comité que vous auréolez de la renommée de vos savants et de vos ministres.... ceux-ci, je le sais, pratiquant la pensée de Distraëli : « *Le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat* ».

Aux vœux déjà si ardemment exprimés pour le plein succès de notre réunion, j'ai le très grand honneur de joindre les vœux de la France.

Plaise à Minerve que par le 16e congrès international de médecine, réjaillisse sur Budapest triomphante, pour le plus grand bien de l'humanité, autant de lustre qu'en connut le 8e Congrès international d'hygiène et de démographie, si merveilleusement organisé par l'illustre J. Fodor et son collègue Calman Müller, présidé avec tant d'autorité par l'éminent ingénieur Hiéronymi, alors ministre de l'intérieur.

Devant ce Congrès, parmi d'autres débats retentissants, fut, après savantes discussions, soumises à votre jugement la communication d'Emile Roux sur l'emploi du sérum antidiphtérique, que le disciple de Pasteur venait de faire à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris.

A Budapest, à pareil jour, il y a quinze ans, s'étaient, de tous les pays, donné rendez-vous les hygiénistes, les démographes, les bactériologistes les plus autorisés, comme aujourd'hui s'y rencontrent les médecins les plus éminents, ceux-ci comme ceux-là attirés par le rayonnement de la science, de la médecine, de la haute culture et de l'affabilité magyares. »

—

Les fêtes en l'honneur des congressistes ont commencé en 28 au soir par une brillante réception de bienvenue au palais des beaux-arts, offerte par le Comité d'organisation du congrès. Le 29, au soir, au Parc-Club un raout a été servi en l'honneur des délégués des gouvernements.

Le 29, au matin, la délégation francaise a déposé sur le socle de la statue érigée à Semmelweis « dont le génie d'observation apprit au monde à terrasser la fièvre puerpérale » une couronne de roses de France. Dans le courant de l'après-midi elle déposa une couronne semblable sur le monument élevé au savant hygiéniste hongrois, le professeur de Fodor.

Voici les diverses communications :

L. Aschoff (Freiburg). **Sur la morphologie des substances lipoïdes.** — L'auteur insiste sur la difficulté de la systématisation exacte des substances morphologiquement définies que l'on rencontre dans les cellules et les tissus. Cette difficulté est d'autant plus grande qu'elle se heurte à celle que présente l'analyse chimique de ces substances lipoïdes extraites en masses des organes. En concordance avec les travaux de Thudichum, Bang, Frankel, Thierfelder, et Aschoff, l'auteur distingue 5 groupes parmi les substances lipoides.

I. — Les phosphatides, représentées surtout par les sphingomyélines et les lécithines ;

II. — Les cérébrosides, représentées surtout par la phrénosine ;

III. — La cholestérine et ses composés avec les acides gras, les éthers de la cholestérine ;

IV. — Les acides gras et les graisses neutres, les éthers de la glycérine et les savons ;

V. — Les lipochromes.

L'auteur étudie ensuite les caractères de ces substances et leurs réactions spécifiques. Il faut distinguer, dans les lipochromes, les vrais et les faux, d'après leurs réactions avec l'acide sulfurique et l'iodure de potassium. Ce sont les graisses neutres qui sont les plus faciles à déceler par leurs réactions de coloration. Klotz, a pu donner la morphologie des savons sodiques et alcalins, qu'il a pu déceler notamment dans l'athérome des artères. Ce fait mérite encore une confirmation. Il est plus fréquent de rencontrer des savons de chaux surtout dans les calcifications pathologiques, avant la transformation en phophates acides de chaux. La présence d'acides gras libres sous la forme de cristaux ou de gouttes est certaine, particulièrement dans les foyers nécrotiques. De plus grandes difficultés ont surgi pour identifier les gouttes anisotropes, rencontrées récemment dans les processus pathologiques les plus divers. Cette substance, autrefois définie comme protagone, fut définie par Pauzer, d'après des considérations chimiques, par Adami et Aschoff, d'après des essais expérimentaux, comme un éther de la cholestérine. De nouvelles recherches comparées faites par Windhaus et l'auteur sur des reins graisseux particulièrement riches en substance anisotrope, confirmèrent cette opinon, établie encore par les recherches de l'auteur, microchimiques et par les réactions de décoloration faites par l'auteur.

Pour Aschoff, il ne s'agit pas ici de processus de dégénérescence, mais d'un travail de synthèse, analogue à celui qui préside à la formation des graisses neutres. Celles-ci, à tort dénommées myéline, représentent des formations vitales, auxquelles s'opposent les formations de myéline post-mortem, qui représentent le dernier groupe de substances lipoides.

Ici, il s'agit de produits de désagrégation des corps autrefois dénommés lipoides, ou bien de phosphatines et de cérébrosides, en partie répandus, à l'état diffus dans le protoplasme et le noyau, en partie existant à l'état distinct.

Contrairement aux éthers de la cholestérine, ces substances se colorent intensément par le rouge neutre, ce qui semble indiqber qu'elles renferment des acides libres; Des recherches comparées il résulte que l'existence d'une véritable formation de substance grasse indice de dgénérescence, comme on avait pensé en voir dans la présence de gouttes anisotropes n'est pas prouvée celles-ci n'ayant rien à voir avec les phénomènes autolytiques.

A. V. Tschermalls (Vienne). — **Sur l'Innervation tonique et trophique.** — L'auteur fait la genèse de la conception de l'innervation trophique, telle qu'elle a été conçue par les cliniciens. Par la critique des faits cliniques et expérimentaux, il arrive à la conclusion qu'on ne peut mettre en doute un rôle trophique accessoire, et relativement indépendant des nerfs musculaires et glandulaires à côté de leurs fonctions principales, motrices et sécrétoires. L'existence de nerfs « purement trophiques centrifuges » ne peut cependant être considérée comme démontrée, mais elle ne peut être sytématiquement niée, étant donné que l'on admet des fonctions motrices et sécrétoires pour des orga-

nes non musculaires et non sécrétoires. Dans ces dernières années se développa spécialement la conception de l'innervation tonique, à laquelle se rattache la comparaison faite par l'auteur de l'action durable des excitations extérieures, auxquelles la substance vivante intéressée s'adapte, de manière que l' « excitation », provoque une modification de l'état des échanges organiques, amène et conserve un nouvel état. (E. Hering) et devient ainsi » tonique » et le demeure.

L'auteur se rapporte à ses recherches sur les cœurs lymphatiques des batraciens, dont le rythme est bien soumis à des influences périphériques mais qui paraît soumis d'une façon absolue ou relative à une action médullaire constante. Il rappelle aussi ses travaux sur les actions modificatrices des deux nerfs inhibiteurs du cœur et ses remarques sur les manifestations biélectriques du tonus nerveux. Dans le même esprit, il donne connaissance de recherches comparées sur la musculature de l'estomac chez la grenouille, privée ou non de ses nerfs (Kautzsch), ainsi que des expériences sensationnelles de Carlson sur le cœur des mollusques, qui, de même que le cœur chez les embryons de poissons, comme l'avait montré l'auteur, semble pouvoir être animé du rythme automatique, et être directement excitable. Dans les conditions normales cependant, ces propriétés ne se traduisent que par le neurotonus.

K. v. Korosy (Budapest).— **Le sort des albumines dans l'organisme animal.** — L'auteur poursuit la transformation des albumines absorbées, leur constitution et leur dislocation. Tous les travaux récents sur les albumines répondent à huit questions fondamentales. Pour la *digestion*, l'auteur se demande à quoi elle aboutit, et traite la question des plastéines ; pour la *résorption*, sous quelle forme l'albumine résorbée passe dans le sang, la teneur en albumine du sang. Puis suit la discussion sur la *constitution* des albumines, la synthèse des albumines avec les acides *aminés* et les corps amidés, la substitution des acides aminés entre eux, la nucléine d'albumine minima, la juxtaposition des albumines. Pour la *dislocation* des albumines, l'auteur se demande à quel point la division en albumines endogènes et exogènes est justifiée par les travaux récents ; il considère les stades intermédiaires de la désagrégation, la rapidité d'élimination des N—es. Il passe enfin en revue les résultats obtenus par l'adjonction d'albumines pendant le jeûne, en cours d'une alimentation privée d'albumine. L'auteur conclut en traitant la question de savoir, si l'albumine, pour être absorbée, doit d'abord arriver dans l'intestin par la voie sanguine. (*A suivre.*)

Faculté de Médecine de Bordeaux.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1908-1909. MM. : 1. Aubert. Tuberculose et mariage. — 2. de Fayard. Des Eaux minérales de l'île de la Réunion. — 3. Denoeux. La hernie crurale chez l'enfant. — 4. Mallié. Les troubles psychiques chez les parkinsonniens. — 5. Fournier. De l'étalement du voile dans la staphylorraphie. — 6. Coste. L'ostéo-myélite de l'astragale. — 7. de Reilhan. De la syndactylie et de l'ectrodactylie congénitales. — 8. Dijonneau. L'assistance médicale aux pêcheurs de Terre-Neuve et d'Islande. Les œuvres de mer et les navires hôpitaux. — 9. Bideau. La subluxation spontanée progressive du poignet. — 10. Fournier. Contribution à l'étude des exostoses de l'omoplate. — 11. Zellmeyer. De la tuberculose de l'ischion et de la branche ischio-pubienne. — 12. Rouzoul. Canulards et trachéoplastie. — 13. Bertaud. De la kératite neuroparalytique de la syphilis. — 14. Guérive. Le sulfate d'hordénine en thérapeutique. — 15. Parelier. De la prostatectomie transvésicale totale. — 16. Couvrat-Desvergnes. L'électrargol. — 17. Motais. De la recherche des blessés sur le champ de bataille. — 18. Hourtaud. De l'étranglement herniaire dans les deux premiers mois de la vie. — 20. Maupetit. Etude clinique sur le nystagmus rythmique provoqué. — 21. Laurent. La tuberculose dans les équipages de la flotte. — 22. Chauviré. L'habitation entre les Tropiques. — 23. Riquier. L'urine après la rachistovaïnisation. — 24. Marsaud. Quelques cas de latéroposition du corps utérin gravide. — 25. Caillet. De la simulation des troubles mentaux chez les criminels. Ses rapports avec la dégénérescence. — 26. Devillechabrolle. Des invaginations appendico-cæcales. — 27. Roussy. Les mélancoliques homicides. — 28. Gayrard. Etude de la tricophytie chronique des paumes et des plantes. — 29. Fargeot. De l'hématurie dans certains cas d'hydronéphrose. — 30. Pinard. Des anastomoses avec l'intestin. Des voies biliaires principales dans les pancréatites chroniques. — 31. Enault. L'œuvre des enfants abandonnés ou délaissés de la Gironde. Hygiène sociale. — 32. Prat. Considérations sur l'hygiène à Toulon et particulièrement sur l'assainissement de cette ville. — 33. Molinier. La réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La rhino-réaction. — 34. Mouchel. L'ulcus rodens chez les jeunes gens. — 35. Fournier. Le scorbut dans la marine et particulièrement chez les pêcheurs de Terre-Neuve. — 36. Féret. Du paludisme aigu à bord des navires desservant la côte occidentale d'Afrique. — 37. Rouvier. De la méningite cérébro-spinale particulièrement dans la garnison de Toulon, 1907-1908. — 38. Tardiu. De la tuberculine dans le traitement des tuberculoses oculaires atypiques.— 39. Combaudon. Des lésions inflammatoires du fond de l'œil consécutives aux contusions en apparence légères du globe oculaire. — 40. Borel. Des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux.— 41. Bouty. Des malformations ano-rectales chez l'homme et chez les animaux. —42. Lepeuple. De l'assistance aux aliénés criminels. — 43. Morisson. Du céphalématome. — 44. Rouché. Etat actuel des services d'identification judiciaire. Du choix d'un service international. — 45. Morin. Des acroparesthésies. — 46. Ho nard. Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique (étude de psychologie clinique).—47. Bizelier. Le diagnostic de la coxalgie au début par la radiographie. — 48. Riou-Kérangat. Traitement des gerçures du sein par le bleu de méthylène. — 49. Jean Le vêtement entre les tropiques. — 50. Lafargue. Action des rayons X sur l'œil. — 51. Guilguet. La démence précoce constitutionnelle. —52. Goudy. Syphilis post-conceptionnelle.— 53. Branger. Des variations de volume du foie dans le régime lacté exclusif. — 54. Rey. Le traitement de la scoliose par la reptation. — 55. Le Page. Recherches sur l'anatomie comparée de la gouttière lacrymo-nasale et du sac lacrymal des mammifères. — 56. Gessen. Rupture intra-péritonéale des kystes de l'ovaire. — 57. Corson. Etude médico-légale du diabète traumatique. — 58. Veillet. Essai sur les rapports de l'hystérie et des psychoses toxiques. — 59. Fournis. De la fulguration dans le traitement des néoplasmes. — 60. Lucas. De la radiothérapie des sarcomes. — 61. Gambier. Les fibromes utérins interstitiels nécrobosés. — 62. Consiroles. Les voies d'accès latérales du larynx postérieur du sinus piriforme, du pharynx inférieur et de l'entrée de l'œsophage. — 63. Raymond. L'alimentation aux pays chauds. — 64. Polack. Des agénésies rénales. — 65. Piéchaud. De la contracture ischémique de Volkmann. — 66. Laurent. Des abcès par rétention septique dans les épididymites blennorragiques. — 67. Baisez. De la percussion vertébrale auscultée. — 48. Bauchet. L'hyperphalangie des doigts et principalement du pouce. — 69. Lossouarn. Des verres colorés. — 70. D. Péré. De la conduite à tenir dans les cas de rupture du pédicule vasculaire du rein. — 71. Isaac. Moyens de protection du médecin contre les rayons X. — 72. Goett. De l'hypothyroïdie, en particulier la céphalée thyroïdienne. — 73. Cambriols. De l'enfance anormale. Recensement des enfants anormaux des Ecoles publiques de la ville de Narbonne. — 74. Chauvet. Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. — 75. Spéder. Etude expérimentale et critique de la radiographie rapide. — 76. Lapeyronie. Du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Procédé de colpopérinéorraphie de M. le professeur Lanelongue.— 77. Toucet. De la toxicité urinaire par le procédé de Lesieur. — 78. Jonet. De la guérison spontanée de la tuberculose rénale. — 79. Colat. La thiosinamine dans le traitement de la surdité. — 80. Pouvreau. Contribution à l'étude de la camptodactylie. — 81. Doumeng. De l'ostéo-synthèse dans les fractures des os longs. Etat de la question en France.— 82. Crouzel. Méthode anthropographométrique. — 83. Bonneau. Statistique de la mortalité du pavillon de la diphtérie de l'Hôpital des Enfants de Bordeaux (1888 à 1908). — 84. Roux. De la paralysie des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen au cours de la poliomyélite antérieure aiguë. — 85. Lesseyeux. De la voie para-orbitaire pour atteindre le trijumeau intracranien. — 86. Mabille. L'alcoolisme en Charente-Inférieure. — 87 Charron. De l'intoxication saturnine par les papiers de tenture. — 88. Breillat. La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant (Breillat). — 89. Mathieu. Diagnostic du cancer de l'estomac par l'épreuve de Salomon. — 90. Arrès. Des scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile. — 91. Dussillol. Du coryza diphtérique dans la rougeole. — 92. Peyre. La position de Trendelenburg directe et renversée dans le diagnostic des petits épanchements ascitiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le réseau d'origine des lymphatiques du foie ;

Par M. le professeur E. BRISSAUD.

Les lymphatiques du foie se rendent aux ganglions du hile. D'où viennent-ils ? Des parties les plus périphériques de la glande. Les parties les plus périphériques de la glande sont, par définition, celles qui sont les plus distantes du hile, c'est-à-dire celles qui sont le plus directement en rapport avec la veine sus-hépatique.

L'origine des lymphatiques du foie doit donc être cherchée *partout où le parenchyme hépatique est en rapport avec la veine sus-hépatique et avec les rameaux d'origine de cette veine.*

Les premiers rameaux d'origine de la sus-hépatique sont représentés par les veines centro-lobulaires vers lesquelles convergent les capillaires radiés du lobule. Chaque lobule étant pourvu — du moins théoriquement — d'une veine centro-lobulaire, la répartition du réseau d'origine des lymphatiques de foie doit se conformer et, en fait, se conforme de tout point avec la répartition du réseau d'origine du système sus-hépatique, en d'autres termes, avec le réseau des veines centro-lobulaires et des capillaires radiés. Concevoir la disposition du réseau des veines centro-lobulaires, c'est concevoir la disposition du réseau d'origine des lymphatiques.



Fig. 1.

Rien n'est plus facile que de se rendre compte de la disposition générale du réseau des veines centro-lobulaires. Dans le principe, le foie, simple bourgeon épithélial, restitue à la grande circulation le sang que lui fournissent l'artère hépatique et la veine porte. Elle le lui restitue par des capillaires directement abouchés dans un vaste sinus veineux en communication immédiate avec le cœur droit (fig. 1). Le développement du bourgeon épithélial et le perfectionnement des capillaires (qui peu à peu se transforment en veines) modifient la simplicité primitive du sinus. Le feuillet viscéral du sinus semble plonger dans la profondeur du parenchyme par des invaginations de plus en plus profondes, de plus en plus ramifiées ; et comme ces ramifications ne sont autre chose que des capillaires partout anastomosés et progressivement élevés à la dignité de veines, il s'ensuit nécessairement que le réseau veineux sus-hépatique devient lui-même un réseau partout anastomotique. Seules les premières invaginations du sinus veineux restent indépendantes les unes des autres. Elles représentent, une fois l'organe parachevé, les branches de division des sus-hépatiques à leur abouchement dans la veine cave inférieure (fig. 2).

Le réseau lymphatique apparaît donc, lui aussi, comme un réseau capillaire anastomotique fermé, dont toutes les mailles accompagnent les mailles du réseau sus-hépatique fermé. Elles sont constituées par des gaines ou des manchons qui entourent toutes les subdivisions ramifiées et *anastomosées* de la veine sus-hépatique ; et les parties de ce réseau les plus éloignées des ganglions du hile correspondent naturellement à la surface du bourgeon épithélial la plus éloignée du hile, c'est-à-dire au feuillet viscéral du sinus sus-hépatique primitif.

Ainsi s'explique comment le feuillet viscéral du sinus sus-hépatique primitif, devenu capsule d'enveloppement du foie, est constitué par une membrane sur la trame de laquelle se dessine un double réseau de veinules sus-hépatiques et de vaisseaux lymphatiques.

Tout cela est devenu clair depuis les études fondamentales de Sabourin ; et si, sur quelques points, il y a encore beaucoup à observer, à chercher, à trouver, rien jusqu'ici n'est venu contredire l'opinion relative à la constitution du système sus-hépatique, telle que je viens de la résumer et à laquelle se ramène la disposition de l'appareil lymphatique.

Il serait presque inutile de remarquer que, si les deux réseaux — sus-hépatique et lymphatique — sont étroitement liés l'un à l'autre, la circulation s'effectue dans chacun d'eux, respectivement, en sens inverse. L'origine des capillaires lymphatiques consistant en des gaines enveloppant les capillaires sus-hépatiques soit du sinus primitif, soit des veines centro-lobulaires, le liquide contenu dans ces gaines fermées ne peut s'écouler que par les voies libres, c'est-à-dire par les gaines lymphatiques des capillaires sanguins qui rayonnent autour de la veine centro-lobulaire ; et toutes ces gaines lymphatiques (divergentes quant au sens de leur circulation) vont se jeter dans les vaisseaux lymphatiques des espaces portes. De là, dans un sens également contraire à celui du courant de la veine porte, la lymphe est portée aux ganglions du hile.



Fig. 2.

MM. Gilbert et Maurice-Vilaret ont récemment étudié la structure des veines sus-hépatiques, «notamment chez le chien » (1) ; et de leurs observations ou expériences il résulte que les lacunes circulaires qui entourent la lumière vasculaire des veines lobulaires ou sublobulaires, sont des *espaces lymphatiques*, Les très intéressantes constatations de MM. Gilbert et Villaret ne font que corroborer sur ce point une notion déjà très ancienne relative à l'origine des lymphatiques du foie. Cette notion en effet remonte à plus de quarante-cinq ans. Elle date du travail remarquable de Mac Gillavry sur l'anatomie du foie (2). Elle est à ce point consacrée que tous les ouvrages classiques la signalent et la commentent. C'est ainsi que dans l'article *Foie* de l'Anatomie de Poirier rédigé par Soulié (3) on peut lire :

« Mac Gillavry observa le premier, chez le chien, de véritables gaines lymphatiques, autour des capillaires du lo-

(1) *C. R. Soc. Biologie*, 3 juillet, p. 19.
(2) *Anatomie der Leber*, 1864.
(3) Tome IV, p. 767.

bule ; elles ont été retrouvées depuis, par toute une série d'auteurs (Frey et Irminger, Aspe, Deutsch, Disse, etc.). Il importe cependant de remarquer que ces gaines, limitées par la paroi des capillaires, par les cellules hépatiques et par le tissu conjonctif des lobules sont dépourvues d'endothélium ; elles représentent plutôt des fissures dans lesquelles circule la lymphe. C'est pourquoi Toldt et Zuckerkand prétendent que les cellules hépatiques tirent leurs matériaux de nutrition, non pas directement du sang, mais de la lymphe dans laquelle elles se trouvent plongées. Ces espaces lymphatiques, qu'ils soient dépourvus de revêtement endothélial comme tous les auteurs l'admettent, ou qu'ils soient limités par les cellules étoilées de Kupffer, dont Fr. Reinke (1898) paraît vouloir faire une variété d'endothélium lymphatique, ne se trouvent jamais en relation avec le réseau des canalicules biliaires. D'après Disse (1890), l'origine des lymphatiques se ferait dans le stroma conjonctif du lobule, et les cellules étoilées du foie se trouveraient dans les gaines péricapillaires ; mais comme le fait justement remarquer Renaut, ce que l'on sait actuellement sur l'origine et la structure des lymphatiques ne nous permet pas d'adopter de telles façons de concevoir les choses. »

A ces remarques qui n'ont certainement pas la prétention de clore la question, nous ajoutons que c'est Afanassiew qui, à notre connaissance, a le mieux décrit et figuré l'espace lymphatique des capillaires radiés (1) : et que, si Budge admet, comme Toldt et Zuckerkandl et comme tout le monde que le système sanguin est fermé, et que tout se passe entre les cellules hépatiques et les capillaires sanguins par l'intermédiaire des gaines lymphatiques, il faut bien que les dites gaines aient une surface à elles propre.

Cette surface interne des gaines (fissures, espaces, ou lacunes, peu importe le nom), est-elle anhiste ? Budge n'a pas vu, sans doute, son revêtement endothélial. Mais Kiselew croyait, il y a déjà longtemps aussi, en avoir constaté l'existence (2). Donc l'opinion de J. Disse sur la nature endothéliale des cellules étoilées n'est elle-même qu'un retour en arrière (3), avec des arguments plus solides, fondés sur une technique meilleure.

Je viens de dire que l'étude du réseau d'origine des lymphatiques du foie était intimement liée à celle du réseau d'origine des veines sus-hépatiques. Le travail de MM. Gilbert et Villaret en est une nouvelle preuve.

MM. Gilbert et Villaret décrivent avec beaucoup d'exactitude l'abouchement des capillaires intra-lobulaires dans les veines sus-hépatiques (il s'agit toujours du chien) : « Les vaisseaux radiés viennent buter contre la paroi de la veine centro-lobulaire en formant de véritables *renflements*, plus ou moins irréguliers. Ceux-ci communiquent entre eux par l'intermédiaire de capillaires anastomosés dans tous les sens. Les anastomoses transversales tendent à former *un anneau*, quelquefois parfait, englobant la paroi veineuse dont il est séparé le plus souvent par une épaisseur variable de cellules hépatiques. Dans la majorité des lobules, la lumière centrale et les renflements capillaires, également remplis de masse à la suite de l'injection vasculaire, ne semblent pas communiquer entre eux. C'est seulement de place en place qu'on distingue, perforant la paroi veineuse en un trajet moniliforme et sinueux un large *capillaire collecteur* issu du réseau circulaire. Ce rameau, indépendant des sinus pariétaux précédemment décrits et des vasa-vasorum de la paroi veineuse, draine le sang d'un nombre plus ou moins considérable de capillaires radiés. Ceux-ci peuvent eux-mêmes se collecter, à l'intérieur du lobule, en une voie plus volumineuse qui gagne le cercle péri-sus-hépatique et traverse ensuite la paroi veineuse. »

Ces constatations, Sabourin les avait déjà faites il y a plus de vingt ans, lorsque, parlant des veines sus-hépatiques du centre lobulaire, il les décrivait, non pas comme autant de foyers de convergence des capillaires radiés mais comme de « véritables tubes à drainage à orifices très rapprochés » (1). Quant au fait signalé par MM. Gilbert et Villaret que « c'est seulement de place en place qu'on distingue, *perforant la paroi veineuse* en un trajet moniliforme et sinueux, un large capillaire collecteur issu du réseau circulaire », nous en avions également connaissance. « Au niveau de l'abouchement des capillaires collecteurs dans les veines, c'est, dit Sabourin, une véritable *perforation* qui existe sur la paroi, Les nœuds de confluence des petits vaisseaux représentent de *véritables drains* dont le pourtour des orifices s'affirme par la disposition brusque de la membrane pariétale. »

Enfin, qu'il me soit permis ou pardonné d'écrire seulement aujourd'hui ce que, dans des leçons publiques ayant pour objet l'anatomie comparée du réseau veineux intra-hépatique, je disais, il y a six ans, relativement au *sinus péri-sus-hépatique*. Il ne me coûte rien de convenir que ce que j'appelais alors *sinus péri-sus-hépatique* peut s'appeler tout aussi bien, comme le proposent MM. Gilbert et Villaret, *cercle péri-sus-hépatique* :

« Les capillaires radiés du foie, disais-je, conservant leur calibre de la périphérie au centre du lobule veineux, et aboutissant tous à la veine centrale du lobule, il serait inconcevable que leur fusion en ce point central ne fût pas précédée, dans leur trajet de la périphérie au centre, par des fusions anastomotiques partielles. La veine du centre lobulaire ne peut pas recevoir intégralement la totalité numérique des capillaires radiés qui partent de la périphérie. Le *sinus péri-sus-hépatique*, circulaire, concentrique à l'axe de la sus-hépatique, représente la dernière des fusions anastomotiques partielles de ces capillaires sanguins, convergents » (2).

Dans ces leçons auxquelles je viens, après tant d'autres, faire un si tardif emprunt, je ne manquais pas de noter que le sinus péri-sus-hépatique n'est qu'un des nombreux aspects sous lesquels se présentent les sections des veines « centro-lobulaires » ; que son existence est tout naturellement, dans les gros lobules, plus fréquente et plus complète que dans les petits ; qu'elle forme tantôt un quart de cercle, tantôt un demi-cercle, tantôt un cercle entier ; qu'on l'observe chez *tous les mammifères sans exception* mais plus particulièrement chez les mammifères plongeurs, ceux qu'on appelait autrefois amphibies, le phoque, la loutre, le castor, le rat d'eau (j'ai eu le regret de n'avoir jamais eu à ma disposition une parcelle de foie de l'hippopotame !) En d'autres termes, si MM. Gilbert et Villaret ont si exactement représenté le cercle péri-sus-hépatique chez le chien, leur description peut s'appliquer à tous les mammifères, avec des variantes qui n'ôtent rien aux caractères généraux de cette disposition.

Bien plus, chez le chien, comme chez tous les autres-

(1) Uber anatomische Veränderungen der Leber während verschiedener Thätigkeitzustande, *Arch. f.d.ges. Phys.*, t. 30, p.1885.

(2) Kisselev Joh. — Uber die Lymphgefässe der Leber : *Centralb. f. med. Wiss.* 7e année 1869 n°0 1 p.147.

(3) Disse J. — Ueber die Lymphbahnen des Saägethierleber. *Arch. f mikrosk.* Anat. t. 36, p.203 et suiv. 1890.

(1) Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme, par Ch. Sabourin. (Alcan, 1888, p. 321.)

(2) Ces leçons non publiées ont été recueillies et rédigées par mon préparateur M. Bauer. Une d'elles fournit le trême de la présente note.

mammifères, l'existence du sinus ou cercle péri-sus-hépatique, est loin d'être constante. (fig. 3.) Elle peut manquer, *même sur de grosses veines*, comme elle peut être présente sur de petites. Tout dépend des fusions anastomotiques partielles des capillaires au dessus ou au dessous de la coupe qu'on étudie. Ou bien c'est, non pas un sinus péri-sus-hépatique qu'on a sous les yeux; c'est deux, c'est trois, c'est même davantage. (fig. 4). On conçoit alors combien peuvent varier les aspects du réseau lymphatique d'origine, puisque ce réseau est partout subordonné, dans sa disposition générale, au réseau des veines sus-hépatiques.

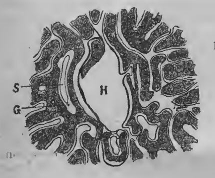


Fig. 3. — Coupe oblique d'une veine centro-lobulaire (chien). Le sinus peri-sus-hépatique (S) n'existe que sur une faible partie de la circonférence de la veine (H.) La gaine lymphatique (G) entoure le sinus péri-sus-hépatique.

Il est d'ailleurs difficile de déterminer toujours exactement si un vaisseau situé au centre d'un lobule doit être considéré comme une *veine* sus-hépatique ou s'il n'est encore, en réalité, qu'un large *capillaire*. Chez tous les mammifères on voit fréquemment, au centre de petits lobules, des veines sus-hépatiques à parois bien constituées, tandis que sur de gros lobules on peut voir un gros vaisseau central — une sus-hépatique par conséquent — à parois capillaires (tel est le cas sur la coupe de la figure 3).

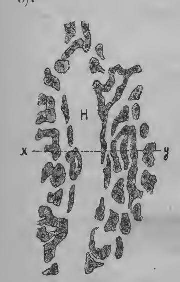


Fig. 4. — Coupe longitudinale d'une veine sushépatique (H) du chien. Une coupe transversale suivant x y mettrait en évidence, à droite, plusieurs sinus péri-sushépatiques.

Ce sont les ruminants qui possèdent les veines centro-lobulaires les plus différenciées, les plus élevées en organisation. Chez le veau, par exemple, même tout jeune, un très grand nombre de lobules ont déjà une veine centrale à parois épaisses, identique à celle qu'on trouve dans tous les lobules de l'animal adulte (fig. 5). Plus la paroi est épaisse, plus est évidente la « véritable perforation » indiquée par Sabourin, « au niveau de l'abouchement des capillaires collecteurs dans les veines »; plus s'isolent « les nœuds de confluence des petits vaisseaux », toujours décrits par Sabourin et que MM. Gilbert et Villaret signalent comme des « renflements plus ou moins irréguliers de vaisseaux radiés venant buter contre la paroi de la veine centro-lobulaire ».

L'intérêt qui s'attache à ces faits est nécessairement considérable aux yeux de ceux qui ne tiennent pas pour résolu le problème de la circulation hépatique; et il vaut la peine de constater la concordance des résultats obtenus par tous les observateurs sur des points qui diffèrent absolument des données classiques. Si MM. Gilbert et Villaret, dans leur si consciencieux et utile travail, ont visé exclusivement la circulation hépatique chez le chien, les remarques qu'ils ont faites, après des expériences toutes personnelles et nouvelles, apportent des arguments de plus à une thèse anatomo-physiologique un peu subversive, mais vraie et d'ordre très général, puisqu'elle est applicable à tous les mammifères.



Fig. 5. — Veine centro-lobulaire d'un jeune veau. Epaisse paroi dans laquelle on distingue des espaces lacunaires. Le capillarie col ecteur venu de droite en haut perfore cette paroi apres avoir traversé une sorte d'ampoule. Les cellules bordantes sont tantôt encastrées dans le tissu de la veine, tantôt elles en sont séparées par de petites lacunes lymphatiques.

Plus les faits comparables sont nombreux, plus il est facile de généraliser. Je confirmerai donc à mon tour, grâce à l'emploi de très anciens matériaux, tout ce que MM. Gilbert et Villaret disent des communications réciproques des « renflements » capillaires au voisinage des veines sus-hépatiques, communications tendant à la formation du « cercle péri-sus-hépatique ».

« Ce cercle est séparé de la paroi veineuse le plus souvent par une épaisseur variable de cellules hépatiques » (Gilbert et Villaret). Cette disposition est d'autant plus nette que la paroi est plus *forte*. C'est donc, encore une fois, chez les ruminants qu'elle est le plus facile à constater, et plus spécialement chez le dromadaire (fig. 6). Mais ici je noterai deux particularités : 1° d'abord il est très ordinaire de voir des capillaires radiés entrer d'emblée dans la veine, en la perforant, sans avoir traversé aucun renflement; 2° « l'épaisseur variable des cellules hépatiques » qui séparent la veine sushépatique du sinus péri-sushépatique, est souvent très mince, d'autant plus mince qu'une seule couche de cellules sépare les deux cavités sanguines et que ces cellules sont fréquemment aplaties, encastrées dans la paroi de la veine, avec tendance à la transformation fibreuse; je n'insiste pas sur



Fig. 6.

les aspects successifs de cette transformation insensible. Mais c'est principalement à la surface du foie qu'on l'observe le mieux, et cela aussi bien chez le chien (fig. 7), que chez n'importe quel ruminant, aussi bien chez l'homme ou que chez les rongeurs. Là, on voit la cellule hépatique, au contact de la capsule externe de la glande, tantôt immédiatement accolée à la capsule (qui n'est, avons-nous dit, que la membrane de soutien du sinus sus-hépatique primitif) (fig. 7 *bis*), tantôt séparée des éléments de cette capsule par de simples fissures, fentes ou espaces. Les *vides* dont il s'agit ne sont pas le résultat d'un vice de préparation. Ce sont des cavités préexistantes. La preuve en est que quelques unes ont à leur centre un capillaire sanguin pouvant renfermer des hématies.

3° Les lymphatiques d'origine ainsi représentés, soit au

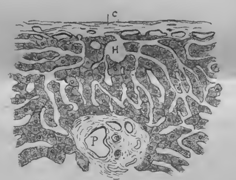


Fig. 7.—P. espace porte. H, veine centro-lobulaire. C, capsule d'enveloppement du foie communication des veines sus-hépatiques de la capsule avec la sus-hépatique centro-lobulaire (H).

contact de la capsule, soit au contact de la paroi d'une veine sus-hépatique profonde, n'engainent pas tous des capillaires radiés. Donc tous les lymphatiques du foie ne font pas nécessairement fonction d'intermédiaires entre la cellule hépatique et le capillaire sanguin, quoique ce soit là la fonction du plus grand nombre dans la masse énorme du parenchyme.

Ainsi, partout où existe un sinus veineux péri-sushépatique il existe un sinus lymphatique péri-sus-hépatique.

Dans les parties où une veine sus-hépatique de ca libre ne reçoit pas de capillaires radiés, et bien qu'elle puisse à peu près partout en recevoir, il n'y a pas nécessairement un sinus veineux péri-sushépatique. Toutefois la gaine



Fig. 7 *bis*. — Veine centrolobulaire du *capromys Fournieri*. Ce gros rongeur (Cuba) a le foie le plus *lobulé* qui existe. On dirait une glande en grappe à pédicules parenchymateux. La multiplication des surfaces permet de constater là, mieux que dans n'importe quelle autre espèce la *nature sus-hépatique* de la capsule.

lymphatique se prolonge au-dela des limites où invariablement s'arrête le réseau veineux qu'elle enveloppe.

Il en est d'ailleurs ainsi de toutes les séreuses.

Le contenant est forcément plus grand que le contenu ; mais il peut être beaucoup plus grand que le contenu. Le cul-de-sac pleural dépasse notablement le bord inférieur du poumon ; de même la gaine lymphatique dépasse notablement les dernières ramifications sanguines ou anses capillaires anastomotiques au voisinage de la veine sus-hépatique.

Cet espace *en trop* occupé par le contenant est une réserve en vue de l'augmentation du volume du contenu. Les variations de quantité du sang circulant dans le foie sont considérables. Tous les capillaires ne sont pas à tout moment traversés par un courant. En dehors des périodes de grande activité fonctionnelle, il y a des parties de l'organe où le sang stagne, où même la circulation est indifférente, aussi bien rétrograde qu'antérograde. Etant données, d'une part, la surface de section du tronc de la veine porte et du tronc de la sus-hépatique, et, d'autre part, la surface de section de la totalité des capillaires ramifiés et anastomosés dans le foie, il saute aux yeux que celle-ci l'emporte presque incommensurablement sur celle-là. J'ai comparé ce rapport de surface et de volume à celui d'un fleuve traversant un grand lac. Le Rhône est aussi impétueux et abondant à son entrée dans le Léman qu'à sa sortie. Le lac cependant, non seulement ne laisse rien apercevoir du sens du courant, mais il a, dans son



Fig. 8, — Veine sus-hépatique du rat d'eau avec sa gaine lymphatique (G.) entourant le gros capillaire centro-lobulaire qui représente la veine centro-lobulaire. Cette gaine est un véritable *sinus* péri-sus-hépatique lymphatique.

immobilité apparente, ses courants à lui, inconstants et capricieux, souvent d'un sens contraire à celui du fleuve et ne changeant rien au débit de celui-ci, ni à son embouchure, ni à son émergence (1).

L'*espace en trop* représenté par la gaine lymphatique peut donc être comblé dans les grandes crues circulatoires ; et comme il y a telles crues périodiques et prévues dans certaines espèces animales, on voit l'espace lymphatique atteindre, dans ces espèces, son maximum de développement et de perfectionnement. Aussi chez le vulgaire rat d'eau de nos canaux et de nos rivières, l'*espace en trop* est considérable. (fig. 8.) Il en est de même de cet

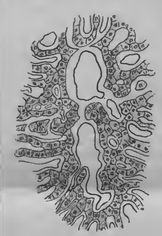


Fig. 9. — Deux veines centro-lobulaires voisines (castor); les capillaires convergents conservent leurs caractères de structure dans ces veines entourées par de larges espaces lymphatiques.

autre gros rat d'eau, le castor, maçon au Canada et mineur dans le cours inférieur du Rhône français. Ici les veines centro-lobulaires ont encore par place l'apparence de gros capillaires (fig. 9.).

La multiplication des anastomoses des capillaires convergents au voisinage du centre lobulaire prépare la formation d'un sinus péris-sus-hépatique.

Dans les formes exceptionnelles, comme celle des sus-

(1) Sur un petit animal comme la souris, l'étude du foie, organe à circulation stagnante, indifférente ou même renversée, est des plus intéressante. L'animal est sacrifié brusquement soit dans la période de digestion, soit à jeun, soit après un certain temps de jeûne (piqûre du bulbe, décapitation, asphyxie, voire même fixation brusque de l'état fonctionnel par ouverture de l'abdomen et immersion dans l'alcool, l'acide picrique, le formol). Puis *coupes en série* de la totalité de l'organe.

hépatiques de la loutre, munies de puissantes valvules, l'espace lymphatique péri-sus-hépatique se retrouve encore. Immédiatement sous-jacent à la tunique élastique que viennent renforcer les faisceaux musculaires des valvules, il ne forme jamais un anneau complet autour de la veine centrale (fig. 10.)

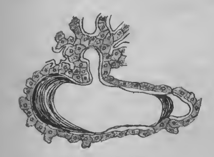


Fig. 10. — Une veine centro-lobulaire de la loutre avec ses valvules musculeuses. Continuité de la gaine lymphatique du capillaire radié avec la gaine qui entoure la veine centrale.

Cela tient à ce que les veines centro-lobulaires de la loutre sont — du moins quand elles ont des valvules — toujours assez volumineuses.

Là encore, sur beaucoup de points, les cellules hépatiques sont directement accolées à la paroi du vaisseau. D'autres en sont séparées par des espaces lymphatiques.



Fig. 11. — Injection d'une masse de gélatine colorée dans la circulation générale d'un lapin (Le lapin supporte quelquefois des doses extraordinaires de gélatine colorée avec une longue période de survie). Ici, une veine centrale avec quelques hématies dans la masse gélatineuse.

En résumé toute gaine lymphatique de veine sus-hépatique est, pour sa part, au voisinage du centre lobulaire, une source du courant lymphatique. Le trajet des voies lymphatiques se confond ensuite avec celui des capillaires radiés, nous l'avons vu. Il va de soi que partout où il y a un capillaire collecteur perforant la sus-hépatique, il y a



Fig. 12.— Foie d'un tout jeune porc. Veine centro-lobulaire, dont les parois sont un peu plus épaisses que celles des capillaires radiés.

une gaine lymphatique collectrice perforant la paroi au même endroit. Les injections de masse de gélatine colorée sur l'animal *vivant et préalablement traité par l'extrait de sangsue* fournissent pour l'étude des gaines lymphatiques des résultats incomparables (fig. 11).

Lorsque la paroi de la sus-hépatique n'est pas encore constituée, lorsqu'elle n'est encore qu'un capillaire épaissi, les rapports de la gaine lymphatique et du dit capillaire se présentent avec le maximum de netteté (fig. 12).

Enfin j'ai dit que cette paroi avait quelquefois une constitution absolument identique à celle d'un capillaire (tel est le cas d'un grand nombre de rongeurs, — même de gros rongeurs comme la marmotte).

Les capillaires radiés n'ayant rien à perforer, perforent cependant quelque chose: l'anneau des cellules hépatiques bordantes ; (fig. 13.) et ainsi on découvre comme la



Fig. 13.— Veine centro-lobulaire (marmotte) à paroi capillaire.

source du lymphatique à son émergence. Il prend naissance entre le capillaire centro-lobulaire et les cellules hépatiques qui forment cercle autour de ce capillaire.

Il ne peut pas venir de plus loin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La diminution du saturnisme dans les hôpitaux
La nouvelle loi sur la céruse est inutile

On se rappelle l'ardente campagne qui a été menée, il y a quelques années, contre la céruse, et qui a abouti, après des tournois de généreuse éloquence et de sensiblerie émue, à la loi interdisant ce produit... dans cinq ans d'ici.

Or il se produit ce phénomène très curieux et, en même temps très réjouissant, que les méfaits du saturnisme disparaissent d'eux-mêmes, sans attendre l'application de la loi, et qu'actuellement, on ne rencontre, pour ainsi dire, plus de saturnins dans les hôpitaux de Paris.

Déjà, au moment des discussions législatives, le professeur Dieulafoy, le docteur Mosny, avaient eu grand' peine à rassembler quelques saturnins jeunes et nouveaux : c'étaient, en grande partie déjà, des chevaux de retour, habitués depuis de longues années à soigner périodiquement, qui leur néphrite chronique, et qui leur paralysie antibrachiale.

Mais la disparition des accidents s'est accentuée, depuis, bien davantage encore, et ceci résulte, mieux que des statistiques, de toutes les conversations que peuvent avoir entre eux les chefs de service des différents hôpitaux.

Tous sont d'accord pour dire que, si jadis on observait des coliques de plomb, de l'anémie saturnine, des néphrites, de la goutte, des paralysies, voire même de l'encéphalopathie saturnine, on n'en observe plus guère et que la colique, en particulier, l'accident de beaucoup le plus fréquent jadis, se présente sous une forme si atténuée qu'elle est vraiment assez bénigne et peu apte à impressionner les foules.

A Broussais, où il y a 10 et 15 ans, les accidents de saturnisme étaient fréquents, ils sont rares aujourd'hui et ont perdu leur gravité ; j'y vois à peine, dans l'année, quelques coliques de plomb sous la forme la plus atténuée, et quelques néphrites ou quelques gouttes, qui sont tellement chroniques que l'intoxication remonte

avant la période actuelle ; d'ailleurs c'est surtout maintenant, chez les plombiers et les imprimeurs qu'on observe des accidents récents.

A la consultation de la Charité, un des sanctuaires du saturnisme où l'on venait encore chercher, du temps du père Potain, le fameux « traitement de la Charité », mon ami Milian me dit que le saturnisme est devenu rare.

Au dernier concours de Clinicat à Beaujon, où se trouvaient rassemblés des Maîtres comme Debove, Brissaud, Déjérine, nous avons donné à examiner, pour sa rareté, un saturnin, et j'ai entendu exprimer à tous l'opinion qu'on ne voit plus aujourd'hui de saturnins comme jadis, que les accidents de la céruse sont devenus rares, que, même dans des services spéciaux de nerveux qui collectent, sur un grand rayon, les paralysies saturnines, on n'en voyait plus, même en les demandant et en les recherchant, aussi bien à Beaujon qu'à l'Hôtel-Dieu ou à la Salpêtrière.

On peut donc admettre que le saturnisme s'éteint et disparaît spontanément, avant que n'ait encore disparu la céruse, et que cette disparition des accidents n'est pas à mettre au compte de la loi, puisque celle-ci n'est pas encore appliquée.

***

A quoi tient cette disparition spontanée ? A plusieurs raisons, dont on peut signaler les suivantes :

En premier lieu (et surtout), l'industrie s'est assainie beaucoup. Ceci est vrai, en particulier, pour la fabrication de la céruse : la substitution du broyage humide, dans l'huile, au broyage à sec, en supprimant les poussières, a supprimé radicalement, du même coup, l'intoxication, si grave, qu'on observait jadis chez les cérusiers. On n'en observe plus un seul cas, aujourd'hui, dans cette catégorie.

En second lieu, la campagne ardente contre la céruse, l'initiative de l'Etat interdisant la céruse pour ses travaux particuliers, ont certainement restreint l'usage de ce produit : mais cependant, on doit bien avouer que la céruse reste la base même de la peinture employée encore actuellement par presque tous les peintres :

En troisième lieu, les polémiques de la Presse, les discours du Parlement, les meetings de protestation, les monômes, toutes manifestations (d'aucuns disent le battage) organisées contre la céruse ont, du moins, eu ce bon résultat d'agir sur l'esprit public et sur l'esprit des peintres eux-mêmes, de leur rappeler que la céruse est un poison, qu'il faut considérer toujours comme un poison, même et surtout lorsque l'on vit à son contact permanent. Indirectement, cette campagne a eu pour résultat que les peintres ont commencé à se nettoyer, à se couper les ongles, à changer de vêtements aux repas, à quitter sur le chantier leur grande blouse de travail toute constellée de peinture, à se laver les mains : peut-être la cigarette a-t-elle été un peu délaissée... Toutes mesures si simples, si efficaces et cependant si difficiles à obtenir autrement que par un effort spontané !

Certaines pratiques nocives, faciles à remplacer souvent, le ponçage, le flambage, ont, de même, en partie disparu d'elles-mêmes, et sans le secours d'une réglementation ou d'une loi.

Les progrès de l'Hygiène individuelle sont donc, surtout et avant tout, la cause de la diminution et bientôt de la disparition du saturnisme.

Ce résultat confirme ce que disaient déjà les vieux peintres familiaux lors de l'enquête parlementaire : avec quelques soins de propreté élémentaire, ces peintres échappaient entièrement au saturnisme, alors que, de père en fils, ils vivaient dans le plomb, le métier étant si peu dangereux qu'ils y mettaient leurs fils. De fait, chacun de nous a vu, surtout en province, ces familles de peintres, d'une santé luxuriante jusqu'à un âge avancé.

La conclusion est la suivante : le saturnisme disparaît spontanément par les simples progrès de l'outillage industriel et de l'hygiène individuelle. Le progrès dans les esprits et dans les mœurs est supérieur à n'importe quel règlement ou quelle loi.

Il faut bien se garder d'intervenir législativement quand cela est inutile : et il faut féliciter le Parlement d'avoir voté, sous la pression du dehors, une loi qui ne sera appliquée que dans 5 ans, et qui pourra facilement être rapportée d'ici là. Ainsi ne supprimera-t-on pas, de façon entièrement inutile, une industrie française aux dépens d'une industrie étrangère, sous la pression de campagnes qui n'ont pas été, dit-on, entièrement désintéressées.

Telle est l'opinion générale que les médecins ont pu se faire dans ces dernières années : La plupart n'avaient pas cette opinion il y a seulement dix ans : mais les faits sont plus forts que les opinions et restent nos seuls maîtres.

Du moment où le saturnisme disparaît, sans qu'on ait supprimé la céruse, c'est qu'il est inutile de la supprimer.

P. CARNOT.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Action des courants de haute fréquence sur quelques affections chroniques du rhino-pharynx ;

Par M. le Dr DAVID, oto-rhino-laryngologiste
et M. le Dr ISER, licencié ès sciences.

Depuis que M. d'Arsonval a introduit dans la thérapeutique les courants de haute fréquence, nombreux ont été les travaux publiés sur l'action générale et locale et l'utilisation de ces courants en médecine.

Après de nombreuses recherches, M. d'Arsonval a montré que les courants de haute fréquence sont des puissants modificateurs de la nutrition générale. Expérimenté sur un animal, on constate que sa température s'élève, sa peau se couvre de sueur, les combustions sont plus actives, le taux de l'urée augmente. Il y a inhibition du système nerveux vaso-moteur caractérisée par une dépression très marquée de la circulation artérielle ; les tissus se vascularisent et s'hyperémient.

Localement, les courants de haute fréquence produisent trois ordres d'action : action analgésiante, action trophique et action microbicide.

1° L'action analgésiante a été bien observée dès les premières applications de la haute fréquence. Dans certaines sciatiques, dans le lumbago, le remède est souvent héroïque. A cette action analgésiante peut se rattacher aussi le soulagement immédiat des malades dans certaines affections prurigineuses.

2° L'action trophique est la plus importante et c'est surtout à elle que les courants de haute fréquence doivent le succès de leurs applications locales. Il semble que ces

courants produisent une véritable excitation cellulaire suivie d'une prolifération abondante, d'un afflux considérable de leucocytes ; ajoutons à cela un véritable coup de fouet donné au tissu conjonctif, entraînant une cicatrisation rapide de quelques ulcérations qui se détergent rapidement, qui bourgeonnent abondamment et souvent avec une rapidité incroyable ; des vieux ulcères atones se cicatrisent, et cette cicatrice est souple et non rétractile.

Dès 1897, Oudin avait attiré l'attention sur cette action trophique puissante de ces courants. Le succès dans les cancroïdes de la peau, dans l'acné, dans les ulcères variqueux (Oudin et Rouneaux), pour ne citer que quelques applications cliniques au hasard, est souvent étonnant.

3° L'action microbicide est aussi très puissante et a été démontrée depuis longtemps par d'Arsonval et Charrin dans leurs multiples recherches sur le bacille pyocyanique ; Bonome et Viola ont étudié l'action des courants de haute fréquence sur les toxines streptococciques et ont obtenu des atténuations du virus ; Phisalix a réussi à atténuer notablement le venin de cobra.

L'action parasiticide a été démontrée par Oudin et Barthélemy, qui ont fait disparaître le molluscum contagiosum par une ou deux applications de quelques secondes de durée ; Coignet et Gailleton, de Lyon, ont observé la transformation des chancrelles en ulcérations simples guéries en quelques jours ; l'inoculation était positive avant le traitement, négative après une ou deux séances.

Cette action microbicide peut s'expliquer de différentes façons : coagulation du protoplasma des microbes, production d'ozone par les courants de haute fréquence, action microbicide produite par les rayons ultra-violets de l'étincelle.

Ces multiples actions thérapeutiques nous ont incités à faire des applications locales de haute fréquence dans quelques affections dystrophiques ou microbiennes du rhino-pharynx.

Avant nous, quelques essais isolés ont été faits par : Collet et Bordier, qui ont communiqué deux cas d'ozène guéris par ce traitement (2e Congrès d'électro-thérapie de Berne, 1902) ; par Imbert, par Moure, par Gendreau.

La technique que nous avons employée était la suivante : les courants de haute fréquence étaient produits par le dispositif connu : bobine de 30 cm. étincelle alimentée par le courant de 110 volts, interrupteur à turbine à jet de mercure, condensateur à pétrole, solénoïde à moteur.

Pour l'application locale, nous nous sommes servis d'électrodes connues, comme celles d'Oudin et de Mac Intyre, soit des tiges fines en acier de la forme d'une sonde d'Itard engainées par un tube de verre droit et recourbé ; la tige était adaptée au manche de Bissérié.

Au début, nous relions tout simplement la chaîne de l'électrode à la borne supérieure du solénoïde, mais au cours du traitement nous avons changé de dispositif.

Les effets sont bien plus marqués si on isole le malade sur un tabouret à pied de verre ; le malade tient dans sa main une tige d'acier reliée à la borne supérieure du solénoïde, tandis que l'électrode active, dont la forme est appropriée à la surface à traiter, est appliquée directement sur la région malade.

Les séances étaient faites trois fois par semaine au début, ensuite deux fois seulement.

La durée de l'étincellage était, au commencement, de 5 minutes avec étincelles très courtes ; mais nous nous sommes vite aperçus qu'il est préférable de diminuer la durée, que nous avons rabaissée à 2 ou 3 minutes et d'augmenter la longueur de l'étincelle, que, de 1 centimètre au début, nous avions fait montrer à 3 ou même 4 centimètres de longueur.

Les malades supportent très bien le traitement; au début de la séance, lorsque les étincelles jaillissent, ils sentent une légère cuisson au vestibule du nez, la peau blanchit, et l'anesthésie suit la douleur.

En ce qui concerne les réactions consécutives, nous avons constaté, après la séance, de la congestion se traduisant par de la rougeur et de la chaleur et disparaissant assez rapidement ; deux fois nous avons constaté un processus réactionnel immédiat plus intense, caractérisé par des petites hémorrhagies. Nous avons rattaché ces faits à des différences dans le mode d'application, soit que la durée de la séance a été trop longue, soit que le rapprochement de l'électrode a été plus ou moins grand.

Quand le manchon de verre est directement en contact avec la muqueuse, on a presque seuls les effets dus au passage du courant ; il y a moins de radiation chimique, et si l'on prolonge la séance il apparaît une vaso-dilatation intense. Quand on éloigne au contraire l'électrode de la muqueuse, outre que l'application devient un peu douloureuse, il peut y avoir, si on reste trop longtemps à la même place, des phlyctènes de petites tailles et une dilacération plus ou moins marquée des couches superficielles.

Deux fois aussi, nous avons remarqué une irritation à distance : deux de nos malades ont eu de la laryngite aiguë après les premières séances de haute fréquence, mais qui a disparu rapidement par le repos de quelques jours.

L'état général de nos malades a été beaucoup influencé par ce traitement ; une de nos malades, atteinte d'ozène, ayant de l'insomnie tenace et des cauchemars avant le traitement, a été complètement guérie au cours des premières séances de d'arsonvalisation.

Tous nous ont avoué se sentir plus forts, ayant plus d'entrain et plus d'énergie au travail.

Le nombre de malades que nous avons traités est de 17 se décomposant en 12 atteints de rhinite atrophique (ozène), 2 atteints de rhinite spasmodique, et 3 atteints de pharyngite chronique sèche non fétide.

Ozène. — Dans 7 cas nous avons obtenu la guérison (disparition de la fétidité et des croûtes), dans 5 cas une amélioration considérable.

Un fait d'une importance capitale : dès les premières séances, la fétidité disparaissait complètement chez la plupart de nos malades.

Les sécrétions nasales n'étaient pas augmentées considérablement, comme certains auteurs l'ont décrit après des applications de haute fréquence.

Les croûtes sèches, adhérentes à la muqueuse, verdâtres ou noirâtres avant les séances d'électricité, devenaient molles, et le manchon de verre les ramenait complètement liquéfiées à la fin de la séance.

Nous avons obtenu la disparition des croûtes en moyenne de la 10e à la 15e séance.

Dans certains cas rebelles nous avons été obligés de faire jusqu'à 30 séances pour obtenir ce résultat.

Nous avons revu certains de nos malades deux mois après la cessation du traitement électrique, et malgré l'absence du traitement ultérieur, la guérison se maintient très bien.

Sur l'élément atrophie, les courants de haute fréquence ne paraissent pas avoir grande influence ; il y a cependant un retour de vitalité de la muqueuse qui devient rouge, lisse, humide, de pâle, rugueuse, sèche comme elle était avant tout traitement.

Quelques récidives se sont produites au bout d'un mois, mais nous espérons qu'au bout de 2 à 3 séries de séances, ces malades seront aussi guéris.

Rhinite spasmodique. — Le nombre de malades traités a été de 2.

Tous ont été guéris au bout de 15 séances de traitement. Un de nos malades a été vu par une dizaine de spécialistes, on a essayé sur lui de nombreux traitements, il était arrivé à un état de dépression morale intense. Au bout de quelques séances d'électricité, la rhinorrhée a diminué au point d'être disparue aujourd'hui ; les éternuements sont devenus plus rares, et à l'heure actuelle il est complètement guéri.

Pharyngite chronique sèche non fétide. — Le nombre de malades traités a été de 3.

Tous étaient atteints depuis de longues années par cette affection et avaient épuisé tout l'arsenal thérapeutique, sans éprouver le moindre soulagement. Ici l'application se faisait par la bouche, et les malades supportaient très bien l'électrode sur le pharynx.

La durée était de 1-2 minutes seulement. Dans tous les cas nous avons étincelé en même temps la muqueuse nasale.

Après la séance, on observait une légère sécrétion de la muqueuse, qui devenait rouge, et cette rougeur diffuse persistait 2-3 jours.

La sécheresse de la gorge disparaissait au bout de 4-5 séances, de même que les croûtes qui se formaient auparavant.

La guérison complète a été obtenue après 20 séances en moyenne.

En résumé, la plupart de nos malades, atteints les uns d'ozène, les autres de pharyngite chronique ou de rhinite spasmodique, ont été complètement guéris par les courants de haute fréquence ; et si quelques-uns, un tout petit nombre, ont été réfractaires à ce genre de traitement, et n'ont pas encore guéri complètement, du moins l'amélioration a été telle qu'avec aucun autre moyen thérapeutique connu jusqu'à présent et utilisé pour ce genre de maladies, on n'aurait pu arriver à ce résultat.

C'est une nouvelle et très bonne source de traitement pour des maladies réputées jusqu'à présent comme inguérissables.

XIXe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Nantes, 27 août 1909.

Le dix-neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert à Nantes, le lundi 2 août, sous la présidence de M. Vallon (de Paris), avec M. Mirallié (de Nantes), comme secrétaire général.

Après le discours de bienvenue prononcé par M. Bellamy, au nom de la Municipalité, et les discours de sympathie prononcés par M. Granier, inspecteur général au ministère de l'Intérieur, et par M. Simonin, représentant du ministère de la Guerre, M. Vallon a pris la parole pour distribuer les remerciements d'usage. Il a salué notamment M. Simonin, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, envoyé par le Ministère de la Guerre pour prendre part aux travaux du Congrès sur la question si importante qui doit s'y discuter : des aliénés dans l'armée.

Voici quelques rapports :

Victor Parant (Toulouse). — **Les fugues en psychiatrie.** — Il faut distinguer les fugues spécifiques et les fugues banales.

Les Fugues spécifiques sont :

1° Les *fugues mélancoliques* développées dans les états mélancoliques de toute nature et de toute intensité, sur un fond de douleur morale, d'arrêt psychique et d'aboulie, et provoquées directement par l'anxiété qui incite à la fugue. On peut dire que le malade fuit devant son angoisse. Le délire n'intervient que secondairement pour interpréter la fugue ;

2° Les *fugues oniriques* sont le produit du délire onirique, né d'intoxications, d'infections, d'alcoolisme, et représentent en général aussi des fuites devant les hallucinations terrifiantes de ce délire ;

3° Les *fugues épileptiques*, épisodes du mal comitial, possèdent des caractères de brutalité, d'inconscience, d'amnésie appartenant à cette affection. Elles sont le type de la fugue impulsive, aveugle et irrésistible ;

4° Les *fugues démentielles* de la démence précoce sont également soudaines, impulsives, automatiques, et toujours démentielles, immotivées, absurdes ;

5° Les *fugues dromomaniaques* réprésentent le type de l'impulsion obsédante et anxieuse. La conservation de la conscience du sujet, la lutte contre l'impulsion étrangère à la personnalité qui s'impose malgré la volonté, l'anxiété forte accompagnant ses divers épisodes, voici les signes spécifiques de cette forme de fugue;

6° Les *fugues des états seconds*, représentées par les fugues hystériques, sont des accès de somnambulisme. L'amnésie qui leur succède n'est qu'apparente, car, parfois, leur souvenir revient spontanément, et toujours on peut l'évoquer dans le sommeil hypnotique ;

7° Les *fugues systématisées* sont la conséquence de ces délires systématisés qui se poursuivent avec la méthode, la persévérance que nous leur connaissons.

Quant aux fugues banales, elles n'offrent plus ces caractères propres, et surviennent dans les affections les plus diverses.

Ce sont, les unes, des fugues par suractivité motrice, érotique intellectuelle, allant dans certains cas jusqu'aux confins de l'automatisme et comprenant toutes les fugues de simple instabilité, les autres, des fugues démentielles, amnésiques ou confuses ayant leur origine non dans un trouble spécial de l'activité, mais uniquement dans la diminution ou dans l'anéantissement d'une des fonctions supérieures du cerveau.

Discussion.

M. Dupouy (de Paris), veut répondre aux objections qu'a faites le rapporteur à l'ouvrage publié par lui en collaboration avec M. Joffroy. Comme M. Parant il admet que la fugue mélancolique est la conséquence de l'angoisse, de la douleur morale du malade qui appréhende l'avenir, mais il pense également que l'élément délire joue aussi un rôle dans le déterminisme de la fugue. Malgré le rapporteur, il croit qu'il est nécessaire de distinguer les fugues délirantes des paranoïques.

L'orateur préfère de beaucoup sa propre définition : « la fugue est un abandon impulsif du domicile » à la formule de M. Parant. Si en effet la fugue est « tout acte de marche ou de voyage accompli par accès et déterminé par un trouble mental », il s'ensuit que tous les malades qui marchent font des fugues. A ce compte, tous les aliénés qui déambulent dans des cours et des jardins feraient des fugues. Pourtant il est des individus qui désertent leur domicile et ne marchent ni ne voyagent ; durant des jours et des semaines ils se terrent dans un abri ; et pourtant ils réalisent une véritable fugue. Donc l'élément essentiel de la fugue n'est pas tant le déplacement, la déambulation, que l'abandon du domicile.

M. Régis (de Bordeaux) aurait voulu que M. Parant dît un mot de la fugue dans les deux sexes et montrât notamment comment la fugue délirante et la fugue somnambulique sont relativement fréquentes chez la femme, tandis que la fugue, impulsive, dromomaniaque y est au contraire exceptionnelle.

Dans la fugue mélancolique, l'état mental, le délire, joue un rôle au moins aussi grand que l'anxiété; quant à la fugue du délire onirique, elle est très fréquente.

Après ces courtes critiques, M. Régis veut établir qu'il existe une tendance réellement constitutionnelle à la fugue, tendance souvent héréditaire, précoce, donnant lieu durant les crises à un état mental particulier s'adaptant aux complications délirantes intercurrentes lorsqu'il en survient.

Le cas de Jean-Jacques Rousseau peut être considéré comme le type du genre. Le père du grand écrivain, son frère, son oncle, son cousin-germain, ont accompli des disparitions, sans qu'on ait su où ils étaient allés. Bien plus, on pourrait même trouver là une tendance de race, car les Genevois ont la réputation d'être enclins aux voyages. Cette hérédité se manifeste par la précocité de la fugue. Dans son enfance déjà, J.-J. Rousseau s'y abandonne.

N'est-ce pas en trouvant fermée la porte de l'école où il se rendait qu'il s'enfuit de sa patrie, pour n'y rentrer que bien plus tard ? Du reste, il s'en rend compte lui-même, puisqu'il avoue avoir eu « la manie ambulante ». Les fugues habituelles de Rousseau sont du type impulsif et conscient. Ceci ne signifie pas qu'il s'en aille toujours sans motifs,mais ces motifs paraissent futiles souvent incompréhensibles pour nous. Il est, en effet, chez ces dromomanes, des sentiments qui nous échappent. Telle, cette euphorie si profonde du vagabond, qui provient non seulement du plaisir du vaguage, de la joie de l'indépendance et de la vie libre, mais aussi peut-être de son amour et de son admiration pour la nature. Chez tout chemineau, il y a un poète, intuitif, sensible au charme de la campagne, comme Richepin l'a exprimé dans ses vers.

Rousseau n'a-t-il pas été le premier panégyriste de la nature?

Prenant toujours Rousseau comme exemple, M. Régis remarque aussi que ces dromonanes ne sentent ni la fatigue, ne les privations ; l'auteur de l'*Emile* l'a confirmé également. C'est pourquoi ils préfèrent les voyages à pied à tous les autres modes de locomotion. Enfin, la honte et le remords de leurs fugues sont rares. Si Rousseau s'est accusé plus tard de ses autres délits, il n'a jamais regretté ses voyages. On doit considérer, en définitive, Rousseau comme un mélancolique persécuté, avec impulsion dromonaniaque.

Dans quelle mesure ces impulsifs fugueurs sont-ils responsables ? Il est difficile de le préciser dans une formule rigide. Certes, ceux qui subissent une impulsion inconsciente, véritable réflexe automatique, sont totalement irresponsables. De même pour ceux chez qui l'idée de la fugue, tout en étant consciente, passe immédiatemeut en acte, sans résistance et sans contrôle. Mais, quand l'idée de fugue est obsédante, s'accompagne d'angoisse, de lutte, où tantôt la volonté cède, tantôt reste victorieuse, le degré de responsabilité reste entièrement soumis à l'appréciation de l'expert.

— MM. Besson et Froissart (de Paris) insistent sur le diagnostic et la limitation de l'état de fugue. Ils estiment à juste titre que la fugue doit être distinguée du vagabondage malgré les états intermédiaires.

M. Granjux (de Paris). — **L'aliénation mentale dans l'armée.** Le public est convaincu qu'il ne saurait y avoir d'aliénés dans l'armée ; le conseil de revision n'est-il pas là pour les éliminer? M. Granjux montre, en donnant une série d'observations personnelles, qu'il existe des aliénés portant l'uniforme. Quelle est leur proportion ? D'après la statistique du médecin allemand Stier, dressée pour l'année 1890, elle était pour mille hommes d'effectifs :

Allemagne..........	0,35
France.............	0,4
Angleterre..........	1,3
Belgique............	2,33

C'est donc dans les pays où le service militaire n'est pas général que cette proportion est la plus forte, et ceci viendra confirmer une opinion que nous avons depuis longtemps ; les engagés présentent proportionnellement plus de tares mentales que les appelés.

Pour les appelés, le conseil de revision n'est pas un filtre capable d'arrêter au passage toutes les non valeurs ; ce n'est qu'un dégrossisseur. S'il élimine la plupart des tares physiques, il laisse passer à peu près toutes les psychopathies qui ne lui sont pas signalées, de telle sorte que chaque classe apporte fatalement avec elle son contingent d'aliénés.

Quant aux engagés, la plupart ne s'engagent pas, on les engage. « Pour un engagé volontaire qui se détermine en connaissance de cause après avoir mûrement réfléchi, il en est dix, dit le journal *La France militaire*, qui viennent à l'armée sans grand enthousiasme, qui ont été alléchés par l'appât d'une prime.

Ils cèdent à la pression exercée par leur famille qui veut se débarrasser d'eux, soit à cause des fautes qu'ils ont commises, soit à cause des troubles cérébraux qu'ils présentent. Comme conséquence, les engagés volontaires constituent le fond des compagnies de discipline, la majorité des déserteurs. Leur apport en aliénés est tel qu'il entraîne la plus grande fréquence de l'aliénation mentale dans les armées où le service militaire n'est pas général, et sa prédominance dans nos troupes coloniales, où elle est trois à quatre fois plus forte que dans l'armée de terre et dans la flotte.

En somme, du fait des engagements, l'armée devient le refuge des individus dont elle aurait le plus à se garer : les tarés mentaux et les névrosés à manifestations psychiques morbides.

Raisons de la prédominance de l'aliénation mentale dans certains corps. — Ce que nous venons de dire des engagés explique la grande proportion d'aliénés dans la *Légion*, qui ne se recrute que par voie d'engagement. Il faut ajouter : la difficulté de l'examen psychiatrique d'individus ne parlant pas le français ; le maintien au corps, dans une section spéciale, des légionnaires condamnés par le conseil de discipline ; les substitutions de personnes lors des engagements ; enfin — et la chose n'est pas pour plaire aux détracteurs de nos régiments étrangers — l'engagement sous un nouveau nom d'anciens légionnaires réformés pour troubles psychiques.

Les « Joyeux » ayant tous passé devant les Tribunaux avant leur affectation aux « Bat d'Af », on peut supposer que leur responsabilité — au moins celle des plus troublants — a été examinée. On conçoit ainsi que les aliénés confirmés n'y soient pas très nombreux.

En revanche, les anormaux psychiques en constituent la masse (Jude, Rebierre).

Dans les compagnies de discipline, que ce soit en France (Boigey) ou en Hollande (Casparie), il y a nombre d'individus à responsabilisé atténuée, de dégénérés, avec anomalies psychiques. Cette grande proportion tient à ce que les candidats au conseil de discipline ne sont pas soumis à un examen médical avant d'être déférés à ce tribunal.

La quantité relativement considérable des aliénés dans les établissements pénitentaires tient à ce que, pour l'absence illégale, les injures, le refus d'obéissance, la rébellion, les voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les évènements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose, d'autant que la nature de cette autre chose lui est étrangère. Ces hommes ne sont donc pas l'objet d'un examen psychiatrique.

Prophylaxie de l'aliénation mentale dans l'armée. — Elle doit se proposer : 1° l'arrêt des aliénés avant leur entrée dans l'armée ; 2° le dépistage de ceux dont les psychoses ont été méconnues ou se sont développées depuis l'incorporation.

1° Arret des aliénés avant leur entrée dans l'armée. — a) *Au Conseil de revision.* Il ne pourra se faire qu'autant que l'autorité administrative sera tenue de fournir au conseil de revision les renseignements relatifs aux conscrits ayant été internés. De même, il serait indispensable que les maires, au lieu de s'efforcer de se débarrasser des jeunes gens notoirement déséquilibrés en les faisant prendre pour le service, signalassent leur état. En Allemagne, les directeurs d'établissements de cures dépendant de l'Etat ou soumis à sa surveillance, ont l'obligation de s'assurer de la situation militaire des hommes de vingt à quarante-cinq ans placés dans leur établissement, et de signaler au recrutement tous les malades soumis au service militaire. En Suisse, la « Commission de visite sanitaire », qui remplace notre Conseil de revision, doit se prononcer sur l'aptitude intellectuelle des recrues et, pour cela, s'aider de notes pédagogiques.

b) *Engagement volontaire.* — Après ce que nous savons de la mentalité de la majorité des engagés volontaires, il est évident que le candidat à l'engagement volontaire devrait fournir une pièce médicale attestant que rien, dans ses antécédents personnels, n'indique de troubles mentaux.

Il est nécessaire que les médecins militaires acquièrent des connaissances psychiatriques sérieuses qui les rendent capables de mener à bien cette tâche difficile. Bien plus, il y a lieu dans toutes les armées européennes, de se préoccuper de l'assistance psychiatrique aux troupes en campagne. Les dernières guerres, surtout celle de Mandchourie, sont là en effet pour montrer l'accroissement effrayant de la morbidité mentale. A cette occasion les Russes furent obligés d'évacuer plus de deux mille aliénés, chiffres qui correspond à 2 p. 1000 de l'effectif.

La solution de cette troublante question « l'aliénation mentale dans l'armée » est donc tout entière dans la collaboration intime

dès le temps de paix des aliénistes et des médecins militaires qui seule permet d'assurer l'*assistance médicale psychiatrique* dans les conditions de justice et de bonté qui honorent un pays.

M. A.-J. Rayneau (d'Orléans), co-rapporteur, se confine particulièrement à l'étude de la situation des aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.

Beaucoup de sujets ne peuvent se conformer aux exigences de la vie militaire : il y a *inadaptabilité* entre leur état psychique et les exigences du métier des armes. Ces sujets sont les représentants de la dégénérescence humaine héréditaire et acquise.

Bien des délits de droit commun ou des délits purement militaires sont le fait de faibles d'esprit, de déséquilibrés, d'épileptiques, d'alcooliques, d'hystériques ou de paralytiques généraux.

Les deux états psychopathiques prédominant chez les soldats sont la *dégénérescence* avec ou sans délire, et la *démence précoce* avec ou sans dégénérescence antérieure.

L'affection mentale la plus fréquente chez les officiers et chez les soldats de carrière est de beaucoup la *paralysie générale*, plus rarement le délire alcoolique et les psychoses traumatiques.

M. Rayneau étudie ensuite la simulation et la dissimulation de la folie, ainsi que les automutilations.

Dans toutes ces circonstances l'expertise médico-légale s'impose.

M. le médecin-major Simonin (du Val-de-Grâce). — Les études médicales dont l'aboutissant est le doctorat comportent tous les éléments de la médecine et en particulier la médecine légale dont la psychiatrie n'est qu'une partie. Tout docteur est donc en principe médecin légiste, comme il est hygiéniste, médecin, chirurgien, oculiste, accoucheur et pédiatre, et dans la réalité, le médecin de campagne ou de petite ville doit faire face à ces multiples obligations. Il en est de même du médecin militaire qui, par le fait même de la diversité des postes qu'il occupe, de l'isolement complet où il peut se trouver, doit justifier de toutes les aptitudes et couvrir en toutes circonstances la responsabilité de l'autorité militaire devant les familles et le pays tout entier.

Pourtant, vu l'élargissement du domaine de la médecine, la compétence universelle devient de plus en plus difficile ; de là sont nées les spécialisations, aussi nécessaire chez les militaires que dans la vie civile. Et dans les deux milieux, des experts psychiatriques sont nécessaires. Il serait donc opportun de constituer un groupe de psychiatres militaires qui examineraient les recrues, seraient les experts tout naturels des conseils de guerre et permettraient au commandement en temps de campagne l'isolement des isolés.

M. Roubinovitch (de Paris) indique les divers enseignements que l'étude de la guerre russo-japonaise comporte au point de vue de l'organisation de la psychiatrie médico-légale militaire en temps de paix.

M. le médecin major Jude (de Lyon). — Il serait utile au moment de l'incorporation de détacher dans les corps de troupe des médecins militaires psychiatres qui établiraient des fiches psychiatriques individuelles et proposeraient les aliénés pour la réforme.

M. Doutrebende (de Tours). — Il sera toujours très difficile d'obtenir du médecin de la famille d'un jeune homme qui s'engage un certificat mental. C'est au capitaine commandant la compagnie qu'il incombe de s'inquiéter de la mentalité de ses subordonnés, aussi devrait-on donner à ces officiers une teinte de psychiatrie.

M. Blondel (de Paris) se demande si cet enseignement psychiatrique serait bien efficace, il serait curieux de connaître à ce sujet l'opinion des rapporteurs ainsi que la forme sous laquelle ils proposeraient de le donner.

M. Granjux se félicite tout d'abord des déclarations de M. le médecin-major Simonin. M. Roubinovitch a montré qu'il était d'accord avec ce que le rapporteur avait signalé sur la guerre russo-japonaise. Il est d'accord avec M. Régis, sauf sur la question du certificat du médecin de la famille ; c'est ainsi qu'en Belgique le certificat est entré en pratique.

M. Rayneau répond également quelques mots à M. Régis : il indique pourquoi il tient à l'enquête faite à la gendarmerie.

A la suite de cette discussion, le Congrès émet les vœux que :

1° Pour les *appelés*, l'administration préfectorale, les maires et les chefs de brigade de gendarmerie signalent les appelés notoirement déséquilibrés ;

2° Pour les *engagés*, nul ne soit admis à contracter un engagement s'il n'est pourvu d'un certificat mental établi de préférence par le médecin de la famille et d'un dossier scolaire visé par le maire de sa commune ;

3° Pour tout militaire traduit devant les juridictions compétentes, on produira un certificat mental du médecin du corps ;

4° L'instruction psychiatrique des médecins militaires sera perfectionnée.

Troisième rapport.

M. Paul Sainton (de Paris). — **Les chorées chroniques.** — Par chorée on doit entendre toute affection caractérisée par des *mouvements involontaires, illogiques, maladroits, amples, rapides, disparaissant en général pendant le sommeil.*

C'est donc un non sens d'employer l'expression de chorée rythmique ; ce qu'on décrit sous ce vocable doit rentrer dans le cadre des spasmes hystériques.

Il est facile de différencier les mouvements choréiques des *mouvements athétosiques*, lents, de petite amplitude, localisés aux extrémités ; des *tics* « mouvements coordonnés qui ont pris en s'amplifiant une allure convulsive qui masque leur coordination » (Meige et Feindel) ; des *mouvements myocloniques*, pures secousses musculaires ; des *mouvements rythmiques d'origine hystérique* ordonnés et réguliers.

Les chorées chroniques proprement dites comprennent :

1° La chorée héréditaire d'Huntington ;
2° La chorée chronique sans hérédité ;
3° La chorée de Sydenham devenue chronique ;
4° La chorée variable des dégénérés (Brissaud) ;
5° Les chorées séniles ;
6° Les chorées chroniques de l'enfance ;
7° L'hémichorée symptomatique.

1. *Chorée de Huntington.* — Type de la chorée chronique, c'est une affection familiale, héréditaire, progressive. Pouvant survenir de dix à cinquante ans, elle est précédée quelquefois de toubles mentaux. Les phénomènes moteurs débutent en général par la face et les membres supérieurs. Ce sont des mouvements arythmiques, désordonnés, indépendants de la volonté. Ils sont continus, rapides, mais jamais bruques, ce qui les différencie de la soudaineté des mouvements de la chorée de Syndenham. Ils envahissent la face, les membres supérieurs, les membres inférieurs, le tronc, le diaphragme. Leur intensité varie. Le repos les calme ; le sommeil ne les fait pas toujours disparaître ; la volonté a sur eux un certain pouvoir d'inhibition (Lannois), mais il n'est pas absolu ; et comme l'ont montré Charcot et Huet l'arrêt volontaire des mouvements est suivi bientôt d'une sorte d'explosion. Ou bien encore le sujet peut arrêter les gesticulations en une certaine région du corps, mais on observe alors comme une sorte de transfert : une région non envahie par les mouvements devient choréique. En général, les réflexes tendineux sont exagérés, mais on ne retrouve pas le signe de Babinski. Il n'y a pas de modifications des réactions électriques ni de troubles urinaires. Il n'existe pas de troubles sensoriels sensitifs ou trophiques. L'état mental est toujours profondément touché (signe d'excitation). L'évolution de la maladie est longue, lente et progressive (vingt à quarante ans). Quelque temps avant la mort, les phénomènes chroniques cèdent pour faire place à une phase paralytique.

2. *Chorée chronique sans hérédité.* — C'est la chorée chronique progressive. On manque complètement de documents sur ses causes.

3. *Chorée de Sydenham devenue chronique.* — Il s'agit là de faits exceptionnels. L'hérédité, la transmission familiale, la progressivité ont été notées.

4. *Chorée sénile.*— Cliniquement, elle ressemble à la chorée de Huntungton ; d'autre part, on a certainements décrit sous ce nom des hémichorées symptomatiques.

5. *Chorée chronique de l'enfance.*

6. *Chorée chronique des dégénérés*, etc. (*A suivre*).

LE XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(*Suite*) (1).

—

M. Roger (Paris). — **Physiologie anormale et pathologique du tube digestif.** — Depuis plusieurs années, nous avons étudié dans mon laboratoire un grand nombre de questions ressortissant à la physiologie normale et pathologique du tube digestif. Je signalerai d'abord l'existence d'un réflexe œsophago-salivaire qui se produit quand un corps étranger s'arrête dans l'œsophage. On observe alors un abondant flux de salive qui tend à faire glisser l'obstacle et provoque des mouvements de déglutition éminemment favorables à son cheminement. Un deuxième réflexe, réflexe gastro-salivaire, se produit dans les cas d'hypersécrétion acide. La salive, par son alcalinité, tend à neutraliser le suc gastrique. Ces deux réflexes suivent la voie des pneumogastriques, ils sont abolis par la réaction de ces nerfs. L'étude gastrique des mouvements intestinaux m'a permis d'observer, dans l'occlusion expérimentale de l'intestin, la production de grandes ondes péristaltiques, se répétant toutes les 3 ou 4 minutes et déterminant des pressions considérables sur l'obstacle. Je n'ai pas observé de mouvements antipéristaltiques. Les vomissements fécaloïdes semblent dus à la compression exercée sur une anse distendue, par la paroi abdominale et le diaphragme. On peut, chez le lapin, déterminer très facilement des entérites muqueuses, il suffit d'irriter l'intestin par un corps étranger, de provoquer une infection digestive, d'exciter certains nerfs, notamment le pneumogastrique, d'injecter dans les veines de l'urate ou de l'oxalate de soude. Le mucus est expulsé en abondance, tantôt liquide tantôt concret ; dans ce dernier cas, il est coagulé par un ferment spécial, la mucinase. La bile a la propriété d'empêcher l'action de ce ferment.

A côté de leur action zymotique, les sécrétions digestives remplissent un rôle zymothénique. C'est ainsi que la salive annihilée par le suc gastrique renforce l'action du suc pancréatique, le suc gastrique neutralisé agit de même. Cette action zymosthénique est indépendante de l'action fermentative, car elle n'est pas détruite par l'ébullition.

En poursuivant l'étude des ferments, j'ai reconnu que le jaune d'œuf renferme une amylase remarquable par sa solubilité dans l'éther. Le ferment adhère aux lipoïdes, constituant un complexe qui se peut désigner sous le nom de zymolipoïde. Avec M. Garnier, j'étudie depuis plusieurs années les poisons formés dans le tube digestif. Nous avons constaté que le contenu stomacal est peu toxique, les matières renfermées dans le duodénum tuent rapidement et à dose minime ; à la fin de l'iléum, la toxicité diminue pour s'abaisser encore dans le gros intestin. On a donc exagéré l'importance de la putréfaction. L'expérience nous a d'ailleurs montré que les poisons formés par les microbes et notamment par les anaérobies du gros intestin ne sont pas identiques aux poisons contenus dans les matières fécales. Les résultats que nous avons obtenus nous ont conduits à modifier la théorie de l'occlusion intestinale : cet état morbide ne peut s'expliquer par la résorption des poisons microbiens ; c'est une auto-intoxication par insuffisance fonctionnelle de l'intestin, comparable aux auto-intoxications hépatique, rénale, surrénale, thyroïdienne.

M. Askanasy (Genève).— **Sur les résultats fournis jusqu'à présent par les recherches expérimentales sur les tumeurs tératoïdes.** — Askanasy passe en revue les travaux faits sur ce point, principalement en ces trois dernières années. L'animal de choix pour ces expériences est le rat. Lorsque l'on inocule des tissus embryonnaires trop jeunes, on peut, même chez les rats, avoir des résultats négatifs, il faut inoculer des stades embryonaires, moyens ou avancés. Le péritoine et le tissu sous-cutané, surtout abdominal, sont les lieux de choix de l'inoculation ; la cavité crânienne ne s'y prête pas ; souvent il se développe des formations des trois feuillets blastodermiques ; le plus souvent le feuillet entodermique fait défaut dans les tératomes naturels.

(1) Voir le dernier numéro.

Une partie des éléments primitivement développés peut ensuite disparaître ; ceux qui sont ensuite bien constitués se développent et subsistent pendant des années. Les arrêts de développement sont rares. L'opinion que les tératoïdes repoussent toujours est erronée. Comme les dermoïdes de l'ovaire, les tératoïdes arrivés à maturité peuvent s'accroître un peu par leurs produits de sécrétion ; mais comme ceux-ci, ils ne constituent pas de véritables blastomes.

Ce sont naturellement des tumeurs autonomes, puisqu'expérimentales, mais elles ne tendent pas à une prolifération désordonnée ou atypique.

Le plus grand problème expérimental est maintenant celui de déterminer les circonstances qui peuvent influencer sur la prolifération. On a pu mettre en évidence que les influences s'exercent sur l'organisme en général, et que les actions directes sur le tissu embryonal retentissaient sur les forces d'accroissement de ce tissu. On a pu constater que les productions tératoïdes chez les rats gravidiques et en état puerpéral atteignaient des dimensions plus considérables que normalement.

Comme ces résultats subsistent avec des inoculations faites en dehors de la région abdominale, on ne peut incriminer la congestion de la gravidité, mais l'influence sur le tissu embryonal de produits de sécrétion particulière.

De nombreuses expériences ont cherché à modifier le tissu embryonal inoculé. La transplantation du tissu tératoïde sur d'autres rats ne fournit pas d'impulsion nouvelle à leur accroissement ; sur un 4e rat, la réinoculation resta sans succès.

Un mélange de suc de tissu embryonal et de suc d'un carcinonome humain, fraîchement prélevé par voie opératoire empêcha constamment le développement des tératoïdes, ce qui rappelle les expériences de Schoné, qui par des injections de tissu embryonal, évidemment d'animaux de même espèce ou d'espèces voisines, empêcha ou inhiba le développement du cancer chez la souris. Remarquable est encore le fait que l'imprégnation de tissu embryonal, avec le « Schalarch-Ol » de B. Fischer empêcha le développement des tératoïdes. Aucune influence accélératrice sur la naissance d'un tissu ne put être démontrée. Mais une action éclatante fut obtenue par le mélange du suc embryonal avec l'eau éthérée (Rainke).

Dans presque tous les cas, il se développe des tumeurs d'une taille que l'auteur n'avait jamais observée auparavant, de 6, 7, 8 cm. de diamètre. Ce fait démontre qu'une action accélératrice directe peut être exercée sur la croissance du tissu embryonal. Le seul résultat acquis jusqu'ici était le fait du développement d'une tumeur maligne sur le terrain d'un tératome expérimental constitué depuis deux ans. La tumeur maligne put être inoculée avec succès à deux rats qui périrent d'anémie et de cachexie, pendant que trois autres rats furent inoculés sans sucès. Ces études fournissent des notions essentielles sur les tératoïdes expérimentaux, les tératoïdes et les blastomes en particulier.

Gairel (Bonn). — **Sur la transplantation des vaisseaux et des organes.** — Après les essais de Murphy, de greffe des vaisseaux par invagination, d'essais de prothèse avec l'aluminium, Gairel réussit en 1905 la suture circulaire des vaisseaux, dont de nombreux essais à la clinique chirurgicale de Bonn devaient démontrer l'efficacité.

Les assistants Stich, Makkas, Dorman et Cappelle ne réussirent pas seulement la transplantation de segments artériels sur des animaux de même espèce, mais des artères de chat et d'homme transplantés sur des chiens furent encore perméables au courant sanguin après 52 jours. Ensuite on parvint, à la clinique de Bonn, malgré les difficultés techniques à transplanter avec succès des segments veineux dans des artères. Au bout de 409 jours, on put déterminer que la distension irrégulière en festons, que l'on craignait voir se produire sur les parois minces des segments veineux n'avait pas eu lieu, mais que ces parois s'étaient épaissies pour s'adapter aux exigences exceptionnelles de la haute pression sanguine. Ces résultats permettaient des expériences pour le traitement des déchirures vasculaires, d'autant plus que dans des conditions déterminées, les segments vasculaires se conservent vivants un certain temps. Les auteurs entreprirent ensuite la transplantation d'organes entiers. Stick et Makkas ont pu vaincre les difficultés de la technique et ont pu extirper deux fois avec de bons résultats fonctionnels, le corps thyroïde chez

un chien et le réimplanter chez le même animal au moyen de sutures des vaisseaux. La transplantation de cet organe sur d'autres animaux de même espèce n'a pas réussi. A la clinique de Bonn, Stick et Makkas, pour la première fois, réimplantèrent un rein, qui sur son nouveau point d'implantation, reprit immédiatement son activité fonctionnelle. Carrel a pu transplanter des reins d'animaux de même espèce, qui survécurent 2 et 3 semaines. Les transplantations d'organes d'espèces différentes avec conservation durable de leur activité fonctionnelle n'a pu encore être réalisée jusqu'à présent.

Les essais de transplantation de rate, d'intestin, de membres même, sont encore à l'étude mais ont fourni des résultat partiels. Parallèlement aux résultats brillants fournis par les transplantations des vaisseaux, les transplantations d'organes provenant de mêmes espèces, ou peut-être même d'espèces différentes fourniront après perfectionnement de la technique, de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à présent.

Marie Bra. — **Isolement, en provenance des tumeurs épithéliales d'un microorganisme paraissant appartenir à la famille des Myxobactéries et développant dans les cultures des formes complexes semblables aux cellules cancéreuses.** — D'un grand nombre de tumeurs épithéliales, M. Bra a isolé un microorganisme qui semble présenter deux périodes dans son évolution, une période de croissance végétative et une période de pseudo-fructification.

Dans la première qui s'observe sur plusieurs milieux organiques et sur gélose simple, il offre l'aspect d'un microcoque.

La phase de pseudo-fructification n'a été obtenue jusqu'ici en son entier que dans un milieu très spécial, le bouillon de peau dont l'auteur donne la formule et la préparation en une brochure qu'il présente au Congrès. (*Culture in vitro des cellules cancéreuses*, par M. Bra, 1 vol. grand in-8° jésus avec 79 fig. Paris, 1909, A. Poinat, éditeur, 11, rue Dupuytren). Dans ce milieu colloïde, ces petites cellules en coque germent et s'allongent en corpuscules d'aspect bactérien entourés d'une gaine muqueuse et extrêmement polymorphes, oblongs, obtus aux deux bouts, amincis à une extrémité, fusiformes, rectilignes, incurvés, réniformes. Ces corpuscules se rassemblent dans le mucus qu'ils sécrètent et forment des zooglées qui s'entourent d'une membrane continue. Ils composent ainsi des conceptacles polymorphes isolés ou cohérents, simples ou composés qui présentent la configuration des zooglées formatrices et paraissent devoir être rapprochés des kystes bactériens décrits chez les myxobactéries. Ces kystes, en effet, élaborent dans leur intérieur des touffes filamenteuses bactériennes qui, à la déhiscence du conceptacle, se désagrègent en bactéries. Ces bactéries germent, forment des zooglées et des kystes jeunes qui, à leur tour, et par le même processus, donnent naissance à des kystes de troisième formation. On est ainsi ramené au point de départ. Cette pseudo-fructification ne se produit pas toujours sur place ; le kyste éclate et donne issue à des traînées bactériennes, sortes de cystophores qui s'étendent au loin et produisent à leurs extrémités, dans la continuité ou latéralement, des kystes de formes dissemblables, polyédriques, fusiformes, etc., dont l'évolution est la même que celle qui vient d'être exposée.

Malgré les inégalités de dimension que l'on doit s'attendre à rencontrer dans des cultures, les formes cellulaires de ce micro-organisme paraissent correspondre aux formes cellulaires primordiales des tumeurs dites épithéliales et conjonctives. Dans les phases végétatives et de germination, les petits corpuscules bactériens ne se distinguent en rien des granulations de forme microbienne dispersées dans les espaces intercellulaires des tumeurs cancéreuses et considérées jusqu'ici comme des détritus cellulaires.

Les kystes bactériens dans les tumeurs, suivant leur dimension, leur situation, la période de leur évolution, tantôt semblent constituer la cellule tout entière, tantôt simulent les noyaux. Dans ce dernier cas, le protoplasme granuleux ou fibrillaire est constitué tantôt par la zooglée qui marque le début de la pseudo-fructification, tantôt par la masse formée par les touffes bactériennes finement filamenteuses qui s'étalent à la rupture du kyste. Les noyaux simples ou multiples sont représentés par les petits kystes nés sur ces filaments. Ils possèdent les mêmes réactions colorantes et leur ouverture centrale simule le nucléole. Les différents types cellulaires, uni ou multinucléés, embryonnaires, adultes, atypiques, se rencontrent dans les cultures et ces dernières sont mixtes comme les tumeurs de ce nom.

La configuration et l'évolution des kystes composés sembleraient, suivant l'auteur, donner l'explication du passage du sarcome à l'épithéliome, de la gradation depuis longtemps constatée entre l'adénome, les épithéliomes cylindrique et pavimenteux ; sous leurs multiples aspects, les touffes bactériennes composeraient le chevelu, les arborescences, les inclusions radiées du noyau, les radiations du protoplasma, les bâtonnets anormaux de la pseudo-karyokinèse néoplasique et les traînées et filaments bactériens auraient tous les caractères des traînées filamenteuses qui composent le stroma pseudo-conjonctif du cancer compris dans la large acceptation que lui donne Ménétrier.

Il ne s'agirait donc pas, dans le cancer, d'une auto-infection par des cellules tissulaires déviées de leurs fonctions et devenues pathogènes. Il ne s'agirait pas non plus d'un processus inflammatoire, d'une multiplication indéfinie des éléments cellulaires normaux sous l'influence d'un agent virulent et toxique.

Il s'agit, suivant M. Bra, d'un organisme végétal qui s'introduit, s'implante dans l'organisme animal et qui, par une sorte de mimétisme, revêt les différents aspects des éléments tissulaires aux dépens desquels il vit et auxquels il se substitue.

(*A suivre*).

FORMULAIRE OFFICINAL

(NOUVEAU CODEX)

Vin de la Charité

Racine d'asclépiade	15	grammes.
Racine d'angélique	15	—
Squames de scille	15	—
Quinquina rouge	60	—
Écorce de Winter	60	—
Feuilles d'absinthe	30	—
Feuilles de mélisse	30	—
Baies de genièvre	15	—
Macis	15	—
Zeste frais de citron	30	—
Alcool à 60°	200	—
Vin blanc	4.000	—

Versez le vin et l'alcool sur les substances convenablement divisées ; laissez macérer, en vase clos, pendant 10 jours, en agitant de temps en temps. Passez avec expression, filtrez.

Soluté d'acide chromique.

Acide chromique cristallisé	25	grammes.
Eau distillée	25	—

Effectuez la solution par mélange des deux substances pesées successivement dans un flacon bouchant à l'émeri.

A séparer.

Soluté d'acide picrique.

Acide picrique	1	gramme.
Eau distillée	99	—

Faites dissoudre l'acide picrique dans l'eau distillée ; filtrez.

Soluté d'arsénite de potasse.

LIQUEUR DE FOWLER.

Anhydride arsénieux	1	gramme.
Carbonate neutre de potassium	1	—
Eau distillée	Q.S.	
Alcool à 90°	12	—
Alcoolat de mélisse composé	3	—

Introduisez l'anhydride arsénieux et le carbonate de potassium dans un petit ballon de verre, taré ; ajoutez 2 grammes d'eau et chauffez doucement en ajoutant jusqu'à dissolution complète. Ajoutez 40 grammes d'eau, puis l'alcool, l'alcoolat et enfin l'eau distillée pour faire exactement 100 grammes de solution. Filtrez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Gommes sporotrichosiques de l'avant-bras et du coude ;

par Ch. LENORMANT.
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Le nombre des observations publiées de sporotrichose est actuellement considérable, et depuis que l'on sait reconnaître ou soupçonner cette affection, on a pu en apprécier la fréquence. Néanmoins il n'est peut-être pas inutile d'attirer encore l'attention sur ce point en rapportant des observations nouvelles. C'est donc à titre purement documentaire que je publie le fait suivant, qui n'a pas d'autre valeur que d'être un exemple typique de sporotrichose gommeuse sous-cutanée. Ce cas est le troisième que j'ai observé depuis deux ans ; le premier concerne une sporotrichose de la région fronto-palpébrale qui fut prise d'abord pour de la tuberculose et qui ne fut reconnue que tardivement ; mon second malade (gommes sporotrichosiques ulcérées de la jambe) a été présenté, au début de cette année, à la Société médicale des Hôpitaux, par mon interne Josset-Moure qui a pu mettre en évidence chez lui l'infection sporotrichosique des ganglions inguinaux.

Voici maintenant ma troisième observation :

Une femme d'une quarantaine d'années, opérée autrefois par M. Albarran pour une pyonéphrose, vient, au mois de mai 1909, à l'hôpital Necker, pour faire soigner des lésions qu'elle présentait depuis plus d'un an au niveau du membre supérieur droit.

Les premières manifestations dataient en effet de janvier 1908. A cette époque, à la suite de fatigues (?), la malade avait ressenti une douleur assez vive dans l'avant-bras et avait presque aussitôt constaté l'existence d'un nodule vers le milieu de la face dorsale de ce segment de membre. Ce nodule s'accrut rapidement : en quinze jours il avait atteint le volume d'une noix, était devenu rouge vif, puis violacé, avec un point jaunâtre au centre. Un médecin, consulté au bout d'un mois (février), diagnostiqua un abcès et fit une incision qui ne donna issue qu'à du sang noir, sans une goutte de pus. L'incision resta fistuleuse.

En juin, quatre mois après le début des accidents, la malade fut examinée par le docteur Tenneson qui crut à de la tuberculose, prescrivit un traitement par les injections d'eau de mer et fit quelques cautérisations de la gomme ulcérée. Il n'y eut aucune amélioration et, pensant à la syphilis, on donna ensuite le traitement mixte (KI, protoïodure de mercure) ; mais, dès le surlendemain, la malade présentait les accidents d'iodisme très marqués qui l'obligèrent à interrompre ce traitement.

Les choses restèrent donc en l'état jusqu'au commencement de mars 1909. A ce moment, apparurent deux nouveaux nodules à la partie interne du coude droit, au dessus de l'épitrochlée.

Lorsque je vis cette malade au mois de mai, seize mois après le début, les lésions étaient les suivantes :

Sur le milieu de la face dorsale de l'avant-bras droit, la gomme la plus ancienne, complètement vidée et affaissée, transformée en une ulcération arrondie, grande comme une pièce de deux francs, superficielle, secrétant une faible quantité de pus, entourée de bords rouge-violacés.

A la région sus-épitrochléenne droite, deux noyaux superposés, gros chacun comme une petite noix, régulièrement arrondis, lisses, fluctuants, recouverts de peau normale. Il n'y avait ni lymphangite, ni adénite axillaire.

La première idée qui venait à l'esprit était celle de gomme tuberculeuse sous-cutanée avec adénite sus-épitrochléenne secondaire. Mais, instruit par les cas que j'avais antérieurement observés et frappé par l'absence de ganglions engorgés dans l'aisselle, je soupçonnai la sporotrichose et je fis pratiquer un examen bactériologique. Le pus, recueilli dans les gommes encore intactes de la région du coude, fut ensemencé par M. Jungano, au laboratoire de Necker, et par mon collègue et ami Ravaut, à l'hôpital Saint-Louis, et donna des cultures pures de sporotrices ; des inoculations au cobaye faites par Ravaut furent également positives.

En possession d'un diagnostic précis et indiscutable, il fut dès lors possible de prescrire un traitement efficace. Les gommes encore fermées furent incisées et pansées, ainsi que l'ulcération de l'avant-bras, avec une solution iodurée et la malade prit, à l'intérieur d'abord, de l'iodure de potassium, qui fut mal supporté, puis de l'iodalose. Les résultats de ce traitement apportèrent une confirmation nouvelle au diagnostic : ces lésions, qui persistaient depuis plus d'un an, rétrocédèrent en quelques semaines et la guérison est aujourd'hui complète.

Que faut-il penser de l'hémianesthésie, des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques dans l'hystérie ?

Par le Dr TERRIEN, de Nantes.

Je commence par m'excuser près des lecteurs du *Progrès* de les entretenir d'un sujet qui a été tant de fois discuté, depuis quelques années surtout, soit dans les congrès, soit à la Société de neurologie. Si je reviens à cette question, c'est que j'estime et que l'on estimera d'ailleurs avec moi, que nous ne pouvons pas demeurer plus longtemps dans ce doute qui fatigue, qui lasse. Car nous ne savons plus aujourd'hui ce *qui est de l'hystérie* ou ce qui *n'est pas de l'hystérie*. Et puis l'hystérie, est-ce l'hystérie de Charcot ? est-ce l'hystérie de Bernheim ? est-ce l'hystérie de Babinski ? Autrefois on avait tendance à trop élargir le domaine de la névrose, on déposait dans la corbeille, suivant l'expression imagée de Lasègue, tout ce qui était étrange, tout ce qui était mal étiqueté Aujourd'hui, certains s'appliquent à n'y plus rien mettre du tout. Une réaction, certes, était nécessaire ; on a réagi, on a bien fait, mais dans toute révolution, trop souvent on commet des excès, on dépasse les limites d'une saine et juste réforme. C'est bien là ce qui semble s'être passé pour l'hystérie. N'a-t-on pas vu Bernheim déclarer que les crises convulsives étaient les seuls phénomènes de l'hystérie ? Ne voit on pas Babinski prétendre que l'hémianesthésie n'existe pas chez les hystériques, ou que, si on la constate, ce sont les médecins qui par suggestion l'ont créée. Pour lui, pas de troubles vaso-moteurs, pas de troubles trophiques dans l'hystérie, l'hystérie est incapable de les produire.

Je voudrais essayer, si possible, de remettre les choses au point, de fixer les idées sur cette question tout au moins, des troubles de la sensibilité et des troubles vaso-moteurs. Je serai heureux si je parviens à soulever un petit coin du voile qui obscurcit cette troublante question de l'hystérie.

Parlons d'abord de l'hémianesthésie. Ainsi Babinski déclare que, depuis qu'il recherche d'une façon systématique les troubles de la sensibilité chez ses malades hystériques, il n'en trouve plus et il en tire cette conclusion que l'hémianesthésie spontanée n'existe pas dans l'hystérie et que, lorsqu'elle se rencontre, ce sont les médecins qui, sans y prendre garde, par un interrogatoire imprudent, mal dirigé, mal conduit, l'ont déterminée.

Ma surprise fut grande quand j'ai lu pareille affirmation, car moi qui vois moins d'hystériques que Babinski, je persiste à en trouver, et j'en trouvais autrefois, alors que j'étais bien placé, mieux placé qu'aujourd'hui, pour ap-

porter une saine appréciation dans cette question, car je n'avais pas en face de moi cette hystérie qui a vieilli dans les lits d'hôpitaux, ou dans les cabinets des médecins, hystérie déformée par conséquent, déformée par de multiples examens médicaux, déformée par le contact permanent avec d'autres malades, j'avais une hystérie neuve, une hystérie vierge, une hystérie en quelque sorte «nature». Eh bien ! mes examens d'autrefois, comme mes examens d'aujourd'hui, m'ont conduit aux mêmes conclusions. L'hémianesthésie existe bien réellement chez l'hystérique et il n'est pas besoin de faire intervenir le médecin pour cela.

Au moment où paraissait le mémoire de Babinski sur l'hystérie traditionnelle, j'avais six hystériques en traitement. Sur ces six : deux présentaient une hémianesthésie complète, la face comprise ; deux autres de l'anesthésie de l'épaule et nous pourrons voir que le rôle du médecin dans la production de ces troubles sensitifs fut nul.

Le 1er malade prenait un bain, dans son bain il fumait, du fourneau de sa pipe tombe sur son épaule une petite buchette enflammée. Notre homme est tout surpris de constater qu'il y a rougeur à la peau, brûlure légère et qu'il n'a rien senti. Inquiet, il vient trouver le médecin qui eut vite trouvé l'explication du fait. Le malade avait une hémianesthésie totale J'ai eu cet hystérique à ma clinique. j'ai fait disparaître très aisément par suggestion cette hémianesthésie gauche.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille sujette à des migraines extrêmement douloureuses. Pour combattre ces migraines, la mère un jour lui appliqua des sinapismes aux deux jambes. On les retire d'une jambe au bout d'un quart d'heure, à cause de la douleur. On les laisse à la jambe gauche. Au bout de huit heures, pensant que les papiers ne valaient rien, puisque pas de sensation de chaleur, de brûlure ; on les retire et on est stupéfait de voir que les rigollots avaient fait vésicatoire. Très tourmentée par cette constatation, la malade vient me trouver, je constate une hémianesthésie totale à gauche.

J'en pourrais dire autant des deux autres. Dans les quatre cas, on peut voir que ce sont les malades qui, les premiers, ont constaté leurs troubles de la sensibilité, ce ne sont donc pas les médecins, comme le prétend Babinski, qui les ont fait naître.

Mais alors pourquoi Babinski ne trouve-t-il plus de troubles sensitifs chez ses hystériques ? Est-ce parce qu'il tombe sur une mauvaise série, une série spéciale ? Elle se prolonge vraiment trop longtemps pour que ce soit la véritable raison. Je croirais bien plutôt (qu'il me pardonne cette hypothèse, il me pardonnera d'autant plus aisément, qu'il ne craint pas, lui, de son côté, de faire une hypothèse d'un autre genre, et de dire que, lorsque nous constatons de l'anesthésie hystérique : c'est moi, c'est vous, qui la créons) ; je croirais donc plutôt, dis-je, qu'en recherchant les troubles de la sensibilité chez ses malades, sans y prendre garde, il les fait disparaître, car vous n'ignorez pas qu'il est aussi facile d'effacer que de créer les accidents de l'hystérie. D'abord cette question qu'il pose à ses hystériques : « Que sentez-vous ? », n'est-ce pas une invitation à sentir quelque chose pour ces malades si suggestibles ?

Et puis ne peut-on pas supposer que Babinski, suivi de ses élèves, parcourant les salles de la Pitié, leur tienne ce langage et pas assez bas pour que ses hystériques, toujours l'esprit en éveil, ne l'entendent : « Vous verrez, Messieurs, que si on examine avec soin, avec toute la prudence qui convient, la sensibilité chez nos malades hystériques, on ne trouve plus aucun trouble d'aucune sorte ». Vous admettrez bien que si un tel langage est tenu devant des hystériques, il n'est pas surprenant qu'on ne trouve plus d'anesthésie, car il est impossible de faire une meilleure psychothérapie. Ce n'est évidemment qu'une hypothèse, mais hypothèse qui pourrait bien être l'expression de la vérité. D'ailleurs, à la Société de Neurologie de Bruxelles, où l'on persiste à trouver encore de l'hémianesthésie chez les hystériques, on aurait fait, paraît-il, la même supposition.

Quoi qu'il en soit, quelle que soit la cause expliquant la différence des résultats dans les examens de Babinski et dans les miens et dans ceux des confrères qui pensent comme moi, il ressort des faits que je viens d'exposer que l'hémianesthésie hystérique n'est pas un mythe, qu'elle existe bien réellement, et même assez fréquemment pour qu'on puisse la considérer comme un stigmate de la névrose.

***

J'arrive aux troubles vaso-moteurs. Si j'en juge par le récent mémoire de Babinski sur l'hystérie traditionnelle, tous les neurologistes, ou à peu près tous les neurologistes, seraient d'accord pour rayer les troubles vaso-moteurs du cadre de l'hystérie. Or devrais-je demeurer le seul opposant, je resterai celui-là. Pourquoi ? parce que, moi aussi, j'ai vu, j'ai observé, et les cas qui se sont offerts à mon observation me semblent tellement démonstratifs, tellement probants, que j'aurai la hardiesse de me séparer, encore là, du maître de la Pitié. J'aurais un certain nombre de faits à apporter pour appuyer ma thèse, je me contenterai d'en citer trois. Le premier, je l'ai déjà indiqué à Genève, je le rappellerai ici, parce qu'il est trop caractéristique.

Il s'agit d'un jeune homme qui pendant 18 mois resta en traitement à ma clinique ; c'est assez dire si j'ai eu toutes les facilités de l'examiner avec soin. En dehors de certains phénomènes nettement hystériques, tels que étouffements, aphonie, vomissements qui cédaient sous la suggestion, il nous offrait un phénomène curieux, le phénomène « de la main morte ». Pendant qu'il était occupé à jouer avec moi aux cartes ou au croquet par exemple, je l'entendais qui disait « tiens, ça me prend ». Et aussitôt je voyais ses mains qui pâlissaient pour prendre bientôt l'aspect de la « main cadavérique », avec les ongles violacés, l'insensibilité du cadavre, le froid et la décoloration complète du cadavre. Représentez-vous la main d'un jeune sujet sur une table d'amphithéâtre. Voilà l'image de la main de mon malade pendant l'accès. Cette syncope locale se terminait par une ligne droite au tiers inférieur de la main. La crise durait de 1/4 d'heure à 1/2 heure environ. Elle se reproduisait 3 ou 4 fois par jour. Plus de cent personnes ont été les témoins de ce phénomène pendant le long séjour du malade à la clinique. Le jeune homme conservait la liberté de ses mouvements pendant l'accès. Il était moins adroit simplement, ne sentant pas l'objet qu'il avait en mains.

J'ai essayé de provoquer par suggestion la crise, j'y suis parvenu. Je dois dire pourtant, pour être exact, que je n'ai jamais pu obtenir la véritable main cadavérique. J'obtenais de la pâleur, mais pâleur très nette, et une insensibilité complète ; donc j'avais par suggestion des troubles vaso-moteurs réels ; ils n'allaient pas jusqu'à la syncope complète, mais ils n'en existaient pas moins cependant.

Eh bien ! je pose la question : A quoi peut-on rattacher cet accès de main morte ? Ce ne sont pas là de simples troubles émotifs. Le malade ne se préoccupait nullement de ses crises. Il était venu au sanatorium pour toute autre chose, il était venu pour sa dyspepsie, ses vomissements ; sa maigreur extrême seule le préoccupait. Il voulait prendre du poids, il en prit puisqu'il passa de 90 livres à 140 livres.

Ces accès, qu'il savait peu graves et qui ne le faisaient pas souffrir, il ne me les avait indiqués qu'à titre de phénomène curieux. Ce n'était donc pas l'émotion qui les créait, ce n'était pas dû non plus à la supercherie. J'ai dit dans quelles circonstances j'observais la crise, à table, pendant les repas, ou au jeu. Eût-il voulu d'ailleurs user de fraude pour produire le phénomène, il lui eût été difficile d'y parvenir. Je dis plus : il lui était impossible d'y parvenir, je ne vois pas comment il aurait pu déterminer cette syncope se terminant ainsi par une ligne droite au tiers inférieur de la main.

Donc à la supercherie, il n'y faut pas penser, cela ne peut pas être, cela n'est pas. La vérité est donc que nous avons des troubles vaso-moteurs très nets, que j'ai pu par suggestion provoquer des accès, des accès réduits, accès réels cependant, et alors, à moins de vouloir s'élever contre l'évidence même, on est obligé de rattacher le phénomène à l'hystérie, aucune autre affection ne pouvant produire de tels troubles, à moins qu'on veuille créer une maladie nouvelle : la maladie des vaso-moteurs.

Il me semble que ce cas suffirait à lui seul pour infirmer la thèse de Babinski. Mais je puis en présenter deux autres non moins caractéristiques.

Une hystérique à crises convulsives, donc bien une hystérique, même pour Bernheim, saigne du nez, un jour qu'il tonnait « c'est l'orage qui a produit l'hémorrhagie », dit-elle ; ce fut une idée fixe chez elle, idée qui se fixa encore davantage, lorsqu'au second orage, seconde épistaxis. Dès lors toutes les fois qu'il tonnait, la malade saignait du nez. C'était une femme qui habitait à côté de chez moi, nos cours étaient communes ; de plus, c'était une femme de ménage qui souvent travaillait à lamaison. C est dire s'il m'était facile de l'examiner.

Aussitôt prévenu du fait, dès que je prévoyais un orage, j'allais immédiatement chez elle, ou je la faisais venir chez moi, et toujours j'ai constaté le phénomène si curieux de l'épistaxis.

Quelle fut mon impression ? La surprise. J avais bien vu noter des hémorrhagies gastriques chez des hystériques et qu'on attribuait à l'hystérie, moi même en avais vu. mais je n'avais jamais osé affirmer que ce fut hystérique parce qu'une lésion non douloureuse de l'estomac pouvait être dissimulée derrière, expliquant l hémorrhagie. C'était la première fois que j'étais témoin d'une hémorrhagie qui, en raison des circonstances, et en l'absence de toute autre cause pouvant l'expliquer, me semblait devoir être rattachée à l'hystérie, car à quelle autre affection pouvait-on rattacher un phénomène présentant ainsi un caractère de périodicité calculée, prévue, indiquée d'avance par la malade, avec circonstances bien déterminées ? Pour mon compte, je n'en connais pas, en dehors de l'hystérie.

Sont-ce là des troubles émotifs ? Nullement. Cette femme, comme d'ailleurs la généralité des femmes de la campagne, n'avait aucune frayeur de l'orage. Donc pas d'émotions par crainte du tonnerre, pas d'émotions par crainte de l'épistaxis à venir, dont elle savait le peu de gravité.

C'était à titre de phénomène curieux, simplement, qu'elle me l'avai gnalé.

Est-ce qu'il y aurait eu supercherie Je devais envisager cette éventualité - là. Aussi ai - je redoublé de prudence, de défiance vis-à-vis de cette malade, ai-je multiplié les observations, l'ai-je examinée sans la quitter du regard avant et pendant l'orage, pour dépister la fraude si elle avait lieu Jamais je n'ai pu constater que la malade, par un traumatisme, par une érosion quelconque de la muqueuse nasale, avait provoqué l'hémorrhagie. J'ai donc été obligé de conclure que cette hémorrhagie était bien spontanée et non provoquée volontairement. Elle naissait spontanément sous l influence du psychisme du sujet, qui se persuadait que tout orage devait entraîner l épistaxis, et l'épistaxis apparaissait.

Il existe une lacune dans cette observation. Je la signale en passant.

Cette femme avait-elle des épistaxis en dehors des orages ? La femme et la famille déclarent que non. Elles sont très affirmatives sur ce point, mais je ne puis m'appuyer que sur leurs dires, sur leurs affirmations.

Est-ce suffisant ? Evidemment non. J'admets pour un instant qu'elles me trompent et que, dans l'intervalle des orages, il y ait quelques épistaxis : le fait que tout orage entraîne toujours l'épistaxis me paraît suffisant pour conclure qu'une hémorrhagie annoncée d avance par la malade, dans les circonstances indiquées, par la malade ne peut être qu'une hémorrhagie hystérique.

Voici une objection qu'on ne manquera pas de me faire, j'y réponds d'avance. Avez-vous essayé d arrêter par suggestion l'épistaxis ? — J'ai essayé, je n'ai pu l'arrêter instantanément. Mais qu'est-ce que cela prouve ? J'ai essayé maintes fois d'arrêter les grandes crises d'hystérie chez les malades de ma clinique : très souvent j'ai échoué. Est-ce que, à cause de cet échec, je serais en droit de conclure que ces crises n'étaient pas de nature hystérique ? Evidemment non. Donc le fait de n'avoir pas arrêté par suggestion l'épistaxis n'implique pas que l'épistaxis n'était pas d'origine hystérique.

C'est à ce diagnostic que je m'arrête.

***

Enfin voici un troisième cas. Or là je n'ai pas seulement des troubles vaso-moteurs, j'ai également des troubles cardiaques très accentués, que j'ai dû rattacher à l'hystérie.

Cette malade me touche de très près, il s'agit d'une belle sœur.

Cette femme de 33 ans, forte, bien constituée, sans tare, fait une pneumonie grave.

Elle guérit de sa pneumonie et rentre en convalescence, lorsqu'un jour je reçois un télégramme ainsi conçu : «Belle-sœur à l'agonie, venez ». A la réception d'un pareil télégramme, annonce d une mort certaine, sinon déjà effectuée, je prends mes habits de deuil et je pars. Quand j'arrive, je vois les cierges allumés, et la famille à genoux récitant les prières des agonisants, et dans le lit une malade au visage de cire, le masque immobile, la peau de la face exsangue, froide et insensible, l'image de la mort. Le pouls ? Eh bien ! le pouls était extrêmement petit ; on le sentait à peine, extrêmement lent, extrêmement irrégulier, avec des arrêts d'une telle durée que parfois on pensait que le cœur avait définivement cessé de battre. C'est si vrai qu'à un certain moment, la religieuse qui la veillait avait cherché les vêtements de la mourante pour procéder à la dernière toilette. Quel était le diagnostic porté par les confrères ? Embolie et myocardite, myocardite et urémie. D'autres ne savaient pas de quelle affection la malade mourait ; mais ce que tous savaient ou croyaient savoir, c'est qu'elle mourait. Pourquoi, en présence d'un spectacle si impressionnant, en face d'un pronostic non moins impressionnant, ai-je eu une opinion toute différente ? ai-je pensé à l'hystérie, à un drame hystérique ?

Je déclare que c'est bien plutôt sur des signes négatifs que sur des signes positifs que je me suis appuyé pour poser ce diagnostic. Le résultat du traitement vint du reste le confirmer.

Par un commandement très impératif je fais sortir instantanément la malade de son coma, et en même temps que le coma disparaît, on voit la face se colorer, la physionomie, qui était inexpressive, s'éclaire ; la peau, qui était froide à la figure, prend la chaleur normale.

Le pouls, c'est là le côté surtout vraiment intéressant, parce qu'extraordinaire — le pouls qui était extrêmement petit, devient fort ; le pouls, qui était extrêmement lent, passe de 40 à 60 et 65 pulsations à la minute ; le pouls, qui était extrêmement irrégulier, avec des arrêts dont j'ai indiqué la longue durée, devient aussitôt très régulier.

Quand j'ai fait part de cette observation à un des grands maîtres de la neuropathologie, il ne trouva pas d autres arguments à m'apporter que celui-ci : « C'est tellement extraordinaire, que n'ayant pas vu le cas, je ne puis pas croire ». En face d'un pareil argument, assez aussi peu charitable, et craignant que ce même argument me fût opposé le lendemain à la séance d'avril de la Société de neurologie, je pris le parti de me taire et de renvoyer la communication à une date ultérieure pour avoir le loisir de me procurer les témoignages des médecins qui ont vu la malade en même temps que moi. De cette façon, en face du témoignage non pas d un seul, mais de 4 et 5 médecins, on n'osera plus, pensais-je, jouer les Saint-Thomas. Je me les suis procurés, ces témoignages. Et les rapports des médecins ne font que confirmer les faits tels que je viens de les exposer. « Je m'étais trompé, dit l'un, j'avais cru à de la myocardite suite de pneumonie infectieuse et à une embolie, cause du coma et des désordres cardiaques. J'avais annoncé la mort prochaine, lorsque la suggestion pratiquée par le Dr Terrien modifia subitement la situation, fit sortir instantanément la malade de son coma, sa face reprit sa coloration, sa sensibilité, sa chaleur normale ; le pouls, si alarmant par sa petitesse, son extrême lenteur et ses longs arrêts redevient immédiatement normal, sans aucune irrégularité : c'était

donc de l'hystérie ». Celui du Dr Loréal, qui pendant la pneumonie et la convalescence de la pneumonie a toujours assisté la malade, est non moins catégorique : lui aussi avoue nettement son erreur de diagnostic et de pronostic.

L'état comateux et les perturbations cardiaques l'avaient trompé. Il avait cru à des lésions organiques, alors que le résultat du traitement, la cessation subite de tous ces phénomènes sous l'influence de la suggestion faite par le Dr Terrien prouva l'hystérie. Je ne veux pas m'attarder à citer les autres témoignages qui ne font que reproduire les faits tels que je les ai décrits et concluent à de l'hystérie.

On ne saurait, en effet, en présence de ce dénouement brusque, suivant instantanément la suggestion, penser à un autre diagnostic d'autant que la genèse de tous ces accidents est également en faveur de la névrose. En effet, deux jours après la chute de la pneumonie, la malade crie à sa mère qu'elle était perdue, qu'elle sentait bien qu'elle allait mourir et que ses enfants allaient rester orphelins. La mère, qui était près d'elle, essaye, mais en vain, de la rassurer, en lui disant que les médecins avaient déclaré que la pneumonie était guérie. Rien n'y fit, elle avait la mort comme idée fixe, et le soir même elle tombe dans un état de mort apparente. La malade semble donc avoir créé par auto-suggestion toute cette série de phénomènes.

Quelqu'un a pensé à de la confusion mentale consécutive à l'infection pneumonique. Mais il serait vraiment extraordinaire que cette confusion mentale s'effaçât juste au moment où j'ai pratiqué la suggestion, et puis, en admettant que cela pût être, cela ne nous expliquerait pas comment le pouls si lent, si faible, si irrégulier, a pu se transformer instantanément, redevenir normal au commandement.

Je ne puis donc pas rattacher tous ces phénomènes à de la confusion mentale, je ne puis que les rattacher à l'hystérie.

***

Ainsi quand Babinski nous dit que l'hystérie ne peut pas produire de troubles vaso-moteurs, ni de troubles cardiaques, je dis qu'il fait erreur, car les faits sont là qui viennent infirmer sa thèse.

J'ai dit à Genève et je le répète ici : j'admets que la plupart des phénomènes hystériques ont pu être reproduits jusqu'ici par suggestion et effacés par persuasion. Mais quand Babinski déclare que tout phénomène qui n'a pas pu être reproduit et effacé par suggestion n'est pas un phénomène hystérique, je dis qu'il va trop loin, qu'il s'expose à des erreurs, car il existe des phénomènes qui sont certainement d'origine hystérique, bien que n'ayant pas pu encore être reproduits et effacés par le commandement.

Nous savons tous, en effet, qu'il y a des degrés dans la facilité de reproduction des accidents de l'hystérie. Ainsi la cécité et la surdité sont plus difficiles à reproduire que la paralysie et la contracture. Les troubles vaso-moteurs seront plus difficiles à reproduire que la cécité et la surdité, et à plus forte raison que la paralysie et la contracture. Pour les obtenir, il faut des sujets extrêmement sensibles à la suggestion, tellement sensibles à la suggestion que la science nous fournit peu d'exemples où ces troubles vaso-moteurs ont été obtenus sous le commandement. Babinski dit que l'on ne trouvera jamais ce sujet. Et pourquoi ? C'est si peu exact que nous avons pu voir, dans la 1re observation citée, que j'ai obtenu par suggestion des crises de main cadavérique, crises atténuées, mais crises réelles cependant, comme nous avons pu le voir, j'ai donc obtenu des troubles vaso-moteurs. Mais lors même que je n'aurais pu réussir à provoquer ces crises vaso motrices (et c'est là où je veux en venir) je me ne serais pas cru autorisé pour cela à dire que jamais on n'obtiendra de troubles vaso-moteurs par le commandement.

Mais, me dira-t-on, sur quoi vous appuierez - vous pour affirmer qu'un phénomène qui ne répondra pas aux conditions exigées par Babinski, c'est-à-dire qui n'aura pas encore pu être reproduit et effacé par suggestion, sur quoi vous appuierez-vous pour affirmer que ce phénomène est hystérique. Eh bien ! je dirai qu'un phénomène est hystérique : 1° lorsque ce phénomène présentera un caractère de périodicité prévue, indiquée d'avance par le malade, avec circonstances bien déterminées, également indiquées d'avance par le malade, tel ce cas d'épistaxis se reproduisant à chaque orage, à tous les orages et annoncé d'avance par la malade ; tel le cas de fièvre se produisant à chaque nouvelle lune.

Je dirai aussi qu'un phénomène est hystérique, bien que n'ayant pas satisfait aux conditions exigées par Babinski, lorsque ce phénomène cèdera instantanément sous l'influence du commandement, alors qu'il est bien établi, bien prouvé que cette cessation brusque du phénomène sous le commandement n'est pas le résultat d'une simple coïncidence, mais qu'il existe une relation de cause à effet entre la disparition du phénomène et le commandement impératif, tel le cas de coma avec perturbations cardiaques et troubles vaso-moteurs de la face.

Nous avons pu voir dans ces trois observations que je viens de rapporter que les troubles vaso-moteurs, les troubles cardiaques, se présentent avec les caractères que j'ai indiqués, ils doivent donc être, à mon sens, rattachés à l'hystérie. L'hystérie peut donc produire des troubles vaso-moteurs et des troubles cardiaques, c'est là la thèse que je voulais ici prouver.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les amphithéâtres des hôpitaux.

La mort du jeune Reynier, externe des hôpitaux, qui a été emporté en quelques jours d'une piqûre anatomique, vient de rappeler douloureusement aux élèves et aux médecins des hôpitaux le danger des autopsies. Lymphangites, abcès, tubercules anatomiques, qui immobilisent quelques semaines et nécessitent incisions ou cautérisations sont monnaies si courantes qu'on en parle à peu près comme de la pluie et du beau temps. Il faut une mort pour qu'un instant nous nous prenions à réfléchir.

La première pensée qui vienne, c'est que nous sommes souvent responsables de nos maux. Comme le marin qui s'habitue à la mer et à la tempête, le médecin voisine sans défiance avec les maladies, et, ne pensant plus à la facilité de la contagion, néglige souvent les précautions élémentaires.

C'est ainsi qu'il y a deux ans, au service de l'érysipèle du bastion 29, dont j'ai eu la direction pendant un an, un des externes contracta une lymphangite de l'index. C'était assurément, le plus insouciant de tous et celui qui maniait les malades avec le moins de précautions. On aurait pu prévoir qu'il serait la victime s'il devait y en avoir une. C'est en songeant à cela que je lui répondis, en manière de paradoxe, lorsqu'il s'écria très consolé, presque joyeux : « J'aurai la médaille des épidémies ! » : — « Vous ne la méritez pas ; on devrait, au contraire, la décerner à ceux qui ne contractent rien. »

C'est d'ailleurs ainsi qu'en jugea l'administration de l'Assistance publique car, malgré ma demande plusieurs fois réitérée, l'externe contagionné ne fut pas médaillé, et, par contre, le premier commis confiné dans ses bureaux et le directeur de l'établissement, qui n'avaient jamais eu, même l'ombre d'une indigestion, reçurent le ruban tricolore.

***

La négligence des contractants est d'ailleurs souvent favorisée par l'insuffisance des locaux et des moyens mis à leur disposition. Il est certain que les amphithéâtres de Lariboisière et de Saint-Antoine sont d'une organisation merveilleuse et j'y ai, pour ma part, passé des heures délicieuses.

Boucicaut, si j'en crois la renommée et surtout si j'en juge par la présence du Dr Letulle, est encore plus approprié. Mais, à côté de ces perfections, combien de lamentables bâtisses ! Le bastion 29, l'hôpital Bichat, l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital Beaujon, pour ne parler que de ceux que je connais, sont en ruine, et le matériel y est dans un état de vétusté incroyable. L'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis « doit » être reconstruit depuis dix ans. Et depuis dix ans, c'est le délabrement, la saleté, la puanteur, les toiles d'araignées dans tous les coins. Les étables à porcs des villages les plus sales de la Bretagne sont certainement mieux aménagées. Les instruments y sont toujours abîmés, prêts à blesser l'opérateur. Y demander des gants serait monumental. Il n'y a même pas d'endroit propre pour se laver les mains ; on est obligé d'attendre le retour dans les salles de malades pour y procéder. C'est miracle qu'il n'y arrive pas plus souvent de morts.

***

Une autre chose est très regrettable encore, mais d'ordre différent : dans la plupart des cas, l'entrée des médecins ne peut se faire qu'en traversant la salle des morts, ou la salle d'exposition. Forcément, puisque l'heure des convois coïncide avec celle des autopsies, le cortège des médecins en blouse blanche rencontre le cortège des parents en pleurs, attendant la levée du corps. Il n'y a rien de plus pénible que ces rencontres, pour les familles surtout, qui pensent que l'on vient mutiler leurs morts !

Au Bastion 29, il suffirait d'une porte à achever ; on me l'avait promise il y a deux ans. On l'attend toujours. Il en sera sans doute encore longtemps de même, tant qu'un personnage considérable, un reporter du *Matin* par exemple, n'aura pas utilisé pour un de ses proches les salles des morts des hôpitaux. G. MILIAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment prescrire la pepsine en thérapie gastrique;

Par P. CARNOT
Agrégé, médecin des hôpitaux.

La pepsine est, depuis Corvisart, un des médicaments les plus utilement employés en thérapie gastrique : elle rend, dans certains cas, de grands services. Mais elle est trop souvent prescrite sous une forme vicieuse qui lui enlève une partie de son activité. Aussi n'est-il pas inutile d'attirer l'attention sur certains points concernant son administration.

***

La pepsine est un ferment protéolytique de l'estomac, agissant en milieu acide. Sa purification est très difficile, et, pratiquement, l'on désigne sous ce nom un extrait opothérapique, obtenu par simple autodigestion de la muqueuse gastrique.

Une des préparations les meilleures et les plus simples est celle indiquée par A. Petit : on recueille, très frais, des estomacs de porc, des caillettes de veau ou de mouton : on les lave, on racle la muqueuse, on la hache et on la met à macérer dans 4 fois son volume d'eau distillée, additionnée de 5 % d'alcool : on agite toutes les 1/2 heures ; puis, au bout de 4 heures, on filtre les liqueurs et on les évapore à 40° dans des vases plats : le produit ainsi obtenu est généralement très actif. C'est la pepsine officinale, dont on se sert habituellement.

Dans le *procédé dit anglais*, on fait autodigérer la muqueuse avec de l'eau distillée et de l'acide chlorhydrique : après 6 heures, on suspend l'autodigestion : on ajoute du chloroforme et une quantité suffisante d'acide sulfureux pour empêcher la putréfaction : après 12 à 24 heures, on décante le liquide clair qui recouvre le dépôt et on filtre : le filtrat est réduit à 1/3, filtré à nouveau et redesséché jusqu'à consistance pâteuse ou dessiccation complète.

Les pepsines ainsi obtenues sont fort impures et contiennent de grandes quantités d'albumoses et de peptones. On pourrait les purifier davantage en les redissolvant dans l'eau acidulée et en saturant la dissolution par le sulfate de soude. Tandis que les peptones restent en solution, la pepsine est entraînée dans le volumineux précipité produit par le sulfate de soude : on le recueille, on le redissout dans l'eau, on dialyse la liqueur et on évapore à basse température. On pourrait, de même, entraîner la pepsine dans un précipité de phosphate de chaux, de cholestérine ou la précipiter par un réactif approprié (sulfate d'ammoniaque, alcool), séparer le précipité et le redissoudre ultérieurement. Mais ces divers procédés de purification, employés dans les laboratoires, ne le sont guère dans l'industrie pharmaceutique, pour les produits qui sont mis à la disposition des médecins.

La préparation industrielle des pepsines s'est, d'ailleurs, beaucoup améliorée, et l'on trouve, depuis quelques années dans le commerce, des pepsines très actives, à tel point que l'essai réglementaire prescrit par le Codex de 1908 exige une peptonisation double de l'ancien Codex de 1884 ; digestion, par la pepsine, de 100 fois son poids de fibrine fraîche au lieu de 50 : (0.10 de pepsine doivent digérer 2 gr. 50 de fibrine desséchée ou 10 gr. de fibrine fraîche de porc, essorée, avec un taux d'acidité de 2,50 % à 50° et en 6 heures, de telle sorte qu'il n'y ait plus ultérieurement de précipité dans 10 cc. de liqueur après addition de XX gouttes d'acide azotique).

La pepsine se présente sous forme de pâte épaisse, de poudre ou de paillettes, translucides ou opaques, de couleur jaunâtre, d'odeur spéciale assez agréable, suivant le mode d'évaporation ou de dessiccation employé.

On peut conserver la pepsine sous forme sèche ou sous forme de liquide.

Sous *forme sèche*, on peut conserver (et c'est la meilleure forme) la pepsine en poudre : on peut aussi utiliser la pepsine amylacée du Codex (au taux de 40 au lieu de 100) obtenue par mélange avec l'amidon, ou la pepsine lactosée (au même taux) obtenue par mélange avec le sucre de lait : ces mélanges doivent, à la dose de 0 gr. 25 (au lieu de 0 gr. 10) répondre à l'essai précité.

On utilise parfois la poudre de pepsine sous forme de *pilules de pepsine* : cette forme est mauvaise et à rejeter : car la pepsine doit être capable d'agir immédiatement après ingestion, le temps du séjour gastrique étant forcément restreint et la dissolution de la pilule empiétant sur ce temps utile.

On utilise généralement les *cachets de pepsine* que l'on

fait suivre de l'ingestion d'un verre de limonade chlorhydrique.

Mais parfois la pepsine est directement associée, dans le cachet, aux acides sous la forme suivante :

Pepsine en paillettes............	ãã 0 gr. 50
Acide citrique pulvérisée........	

Pour un cachet : N° q. s..

Prendre 2 à 4 de ces cachets au cours du repas, et faire suivre de l'absorption d'un verre d'eau.

Ce sont les formes de choix pour l'emploi de la pepsine, à condition de donner les cachets quelques minutes avant le repas pour que la dissolution ait le temps de se faire dans l'estomac, avant l'arrivée des aliments.

Sous forme liquide, on a cherché à conserver la pepsine inaltérée sous forme de vins, d'élixirs de pepsine, sous forme de solution glycérinée et sous forme de sirop ou de potions.

Les *vins de pepsine* ont pour principal avantage la non-altération par les microorganismes. Mais ils ont cet inconvénient de mettre la pepsine en présence d'alcool qui en empêche l'action, en partie ou en totalité. Aussi la proportion d'alcool a-t-elle été notablement réduite dans le nouveau Codex. Il en est de même dans l'élixir de pepsine.

Les vins et élixirs de pepsine ont été vivement critiqués, en particulier par M. Thibault, en raison de l'action fâcheuse de l'alcool sur la pepsine : l'atténuation progressive de l'activité du ferment sous l'influence de doses, même très diluées, d'alcool est certaine ; mais elle peut être, en partie, atténuée par la présence de sucre ou de glycérine, comme on l'a fait dans le nouveau Codex. Cependant celui-ci recommande alors de titrer, de temps en temps, le pouvoir peptique, qui baisse constamment. D'une façon générale, les vins et élixirs de pepsine sont de mauvaises préparations qui n'assurent pas la conservation du médicament sous une forme active.

Les *solutions glycérinées* se conservent bien et sont inaltérées : elles sont utilisées principalement pour la préparation de médicaments magistraux. D'après M. Thibault, la glycérine à 30° constitue un mauvais dissolvant de la pepsine sèche. Le meilleur véhicule glycériné serait :

Glycérine 50 et eau distillée..........	200 gr.
Ou Glycérine 50 et eau chloroformée...	200 gr.

ces deux formules empêchant l'envahissement par les microorganismes.

Enfin, les *potions* et *sirops* se préparent avec la pepsine sèche : on y ajoute un acide (acide citrique par exemple ou acide chlorhydrique) et un sirop. Mais ces formes sont trop fermentescibles pour se conserver. Voici, par exemple, la formule du sirop de pepsine de Boudault :

Pepsine amylacée..................	10 gr.
Eau distillée......................	30 gr.
Acide citrique....................	2 gr.
Sirop de cerises..................	170 gr.

Voici d'autres potions, bonnes, mais à condition d'être utilisées de suite :

Pepsine en paillettes...............	5 gr.
Acide lactique.....................	10 gr.
Sirop d'écorces d oranges amères....	80 gr.
Eau distillée.......................	90 gr.

ou :

Pepsine en paillette................	5 gr.
Acide chlorydrique officinal........	1 gr.
Sirop de cerises....................	80 gr.
Eau distillée.......................	90 gr.

de 1 à 4 cuillerées à soupe au cours des repas.

Le *mode d'administration* de la pepsine exige quelques recommandations fondamentales qui sont loin d'être toujours suivies.

1° *La pepsine n'agit qu'en milieu acide* ; *elle est détruite en milieu alcalin* : *on fait donc un non-sens thérapeutique en administrant la pepsine avec un alcalin.* Si on donne la pepsine en cachet avec le bicarbonate de soude, on est obligé d'escompter que le bicarbonate provoquera la sécrétion acide de l'estomac, ce qui est loin d'être exact, surtout lorsqu'il s'agit d'estomacs malades, ceux précisément pour qui le besoin de pepsine se fait sentir. Or, même en milieu strictement neutre, la pepsine dialysée n'agit pas (Iscovesco).

2° *Parmi les différents acides favorisant l'action de la pepsine, c'est l'acide chlorhydrique qui est le plus favorable pour la protéolyse* : après lui se classent les acides nitrique, sulfurique, phosphorique, puis les acides tartrique, citrique, lactique. L'acide phosphorique vitreux est inactif : l'acide acétique est presqu'inactif. D'où cette conclusion que ce n'est pas en tant qu'acide favorisant la protolyse que le vinaigre, par exemple, est recherché de certains dyspeptiques achlorhydriques.

Il y aura donc lieu de préférer la médication chlorhydro-peptique à la médication citroso-peptique ou tartrico-peptique ; mais celles-ci ne sont pas à rejeter *a priori*, car il suffit d'employer des doses plus fortes d'acide.

3° Le *taux optimum de pepsine et d'acide chlorhydrique varie proportionnellement*. Chez l'homme, la teneur optima en acide varie de 1 à 3 ‰. Roger et Garnier ont montré récemment que la *la dose optima d'acide varie avec la teneur en pepsine* : un excès d'acide empêche la digestion pepsique, et cela d'autant plus que la teneur en pepsine est moindre. De même, un excès de pepsine peut entraver la digestion, et il y a, pour le ferment comme l'acide, une dose optima. Par exemple, avec 1.25 d'acide chlorhydrique 1000, il faut 16 de ferment ; avec 2.5, il en faut 32 ; avec 5 il en faut 64, etc.

Aux doses moyennes d'acide, il faut des doses moyennes de pepsine. *Quand la proportion d'acidité s'élève ou s'abaisse en dehors des limites physiologiques, on doit, pour obtenir les meilleurs effets, utiliser un excès de ferment.*

4° La *dilution de la solution chlorhydropeptique a un rôle important sur la marche de la digestion* : *l'activité de la pepsine* (*sa quantité et celle de la substance à digérer restant constantes*) *varie avec le volume d'eau dans lequel s'effectue son action*. Dans une expérience *in vitro* de M. Macquaire, on voit, par exemple, le pouvoir peptonisant d'une pepsine passer de 17 à 150 suivant la dilution, le pouvoir de peptonisation étant en raison inverse de la densité du milieu digestif. Il en est de même *in vivo* : aussi faut-il absorber, avec la pepsine et l'acide chlorhydrique, une quantité d'eau suffisante pour favoriser l'action peptique. Les *régimes secs et la privation d'eau aux repas*, suivant la mode actuelle, *vont exactement à l'encontre de ce principe*.

5° *C'est une erreur physiologique absolue de combiner dans le même cachet, comme on le fait si souvent, la pepsine à la pancréatine.* La pepsine n'agit qu'en milieu acide et elle y détruit la pepsine ; si elle n'est pas en milieu acide, elle n'agit pas et est détruite ou, tout au moins, entre en sommeil. Donc, si l'on administre, à la fois, de la pepsine, de la trypsine et du bicarbonate de soude, la pepsine ne peut agir et est détruite : si elle agit en trouvant un milieu acide, c'est la trypsine qui est détruite à son tour.

La pharmacopée américaine, notamment, signale cette

incompatibilité absolue, tandis qu'en France, on emploie encore beaucoup trop souvent cette mauvaise formule.

6° *C'est également une mauvaise pratique que de combiner la pepsine à l'alcool* : Nous avons vu, à cet égard, les critiques que M. Thibault adresse aux vins et aux élixirs de pepsine : critiques qui ont abouti à abaisser le taux d'alcool dans les préparations du nouveau Codex, et à atténuer l'action nocive de l'alcool par l'addition de glycérine et de sucre. Comme il n'y a aucune utilité à employer l'alcool en pareil cas et que la conservation peut être obtenue autrement, il est plus logique de le supprimer et de *n'utiliser ni vin, ni élixir de pepsine*.

Grâce à ces précautions, la médication peptique est susceptible de rendre de grands services. Elle a des indications précises, sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

REVUE DES JOURNAUX

Mode d'administration de la santonine.

Le meilleur et le plus usité des vermifuges est certainement la santonine.

Mais son action dépend souvent de son mode d'administration. En outre, il est peut être utile de l'associer à certains remèdes comme l'ail. A cet égard, la formule donnée par le *Journal de médecine interne*, et due à Pellissier, présente un intérêt pratique :

1° Faire prendre, la veille au coucher et le lendemain matin à jeun, la mixture suivante :

Ail coupé en menus morceaux..	1 gousse
Lait............................	1 petite tasse

Faire cuire à petit feu pendant dix minutes, passer sur un linge et sucrer à volonté (la cuisson fait perdre à l'ail ses propriétés âcres et rend la préparation très acceptable). Cette cure a pour but de rendre les parasites plus vulnérables en modifiant leurs conditions d'existence et d'introduire une huile essentielle qui en excitera la sécrétion acide et diminuera sa capacité d'absorption envers le médicament.

La santonine sera donnée quelques minutes après le lait à l'ail et formulée :

Santonine. Dose suivant l'âge (généralement).....	0 gramme 01 centigr.
par année jusqu'à.......	0 gramme 30 centigr.
Huile d'amandes..........	5 grammes.

Faire dissoudre et ajouter :

Sirop de gomme................	ââ 20 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.........	

F. S. A looch ; agitez.

A prendre en trois fois à cinq minutes d'intervalle. Deux heures après, purgation par le calomel.

La santonine ainsi dissoute dans l'huile traversera l'estomac sans être touchée par les sucs digestifs ; la dose ingérée tout entière atteindra le parasite, conservant pour lui seule toute son activité toxique. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 sept. 1909, p. 677.)

L'oxygène dans les coqueluches graves.

Dans les formes de coqueluche qui tirent leur gravité de l'intensité même de la quinte et de la menace de la bronchopneumonie, l'oxygène est un agent sédatif et préventif de premier ordre. Contrairement à toutes les autres médications, loin de déprimer l'organisme, il l'excite à la lutte.

Pour que les inhalations aient une efficacité, il conviendra de n'être point parcimonieux. Lorsqu'on voudra lutter contre l'élément « quinte » on donnera au début de celle-ci 10 ou 20 litres d'oxygène. Si le moindre symptôme de bronchopneumonie apparaît, on administrera l'oxygène systématiquement pendant les quintes et dans leur intervalle toutes les heures. Nous avons constamment employé l'appareil de Limousin, qui permet un lavage de l'oxygène souvent impur. A l'embout impossible à mettre à la bouche pendant les quintes, nous avons substitué l'entonnoir qui permet d'administrer le gaz pendant la toux, et même pendant le sommeil de l'enfant. (WEILL et MOURIQUAND, *Lyon médical*, 22 août 1909, p. 309.)

La contagion de la fièvre typhoïde.

M. le médecin principal Billet a traité longuement de la question de la contagion interhumaine et des porteurs de bacilles, question, qui, en Allemagne, a pris une importance considérable.

Les principaux points qui paraissent définitivement acquis, à la suite des recherches récentes, sont les suivants :

I.— Toute infection typhoïde reconnaît, pour origine, un individu antérieurement atteint de fièvre typhoïde et porteur de bacilles typhiques.

II.— Tout porteur de bacilles peut, à son tour, être un semeur permanent ou intermittent de bacilles et propager ainsi la fièvre typhoïde à son entourage.

III.— Les bacilles typiques s'éliminent, le plus souvent, par les matières fécales, fréquemment aussi par les urines et même par les expectorations.

IV.— Cette élimination de bacilles semble se faire par poussées périodiques, pendant lesquelles la contagion interhumaine est nécessairement le plus à craindre.

D'après ces données, on peut se rendre compte de l'importance capitale que doivent prendre dorénavant ces semeurs de germes dans la dissémination de la fièvre typhoïde.

Dans les familles, dans les maisons, il paraît démontré que c'est surtout par l'intermédiaire des mains souillées de parcelles de matières typhoïdiques, provenant soit des malades, soit des convalescents porteurs de germes, soit enfin d'individus sains, mais ayant eu des rapports avec les typhoïdiques, que l'infection se dissémine, en contaminant les aliments ou les boissons qu'ils préparent ou qu'ils distribuent.

Elle se fera donc principalement par *l'intermédiaire de la femme*, comme l'ont constaté Frosch, Lentz, Klinger et d'autres, pour cette raison bien simple que ce sont surtout les femmes qui, dans les familles, soignent les malades et s'occupent de la préparation des aliments. Elle se fera ensuite par les domestiques, cuisiniers et valets de chambre, ainsi que les fournisseurs de denrées alimentaires : laitiers, bouchers, épiciers, etc.

On trouve dans la littérature médicale, surtout dans ces dernières années, un grand nombre de cas d'épidémies de maisons, d'établissements d'instruction, de prisons, d'asiles d'aliénés, etc., où le cas initial a été une cuisinière, ancienne typhoïdique semeuse de germes, et colportant le germe contagieux dans les diverses maisons où elle a successivement été employée (cas de Friedel, de Soper, de W. Hall), ou bien un laitier contaminant de la même façon les récipients du lait qu'il fournit à ses clients, lesquels contractent peu de temps après la fièvre typhoïde (cas de Kossel, de Kayser, de Scheller).

Dans le milieu militaire, ce mode de transmission par l'intermédiaire des cuisiniers doit être très fréquent. M. le médecin-major de Schuttelaêre en a relaté un cas des plus suggestifs, survenu au 5.e d'infanterie. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 septembre 1909, p. 648.)

Intradermo-réaction à la tuberculine chez trois cents enfants non malades de 1 à 15 ans.

MM. Charles MANTOUX (de Cannes) et Jules LEMAIRE ont pratiqué des intradermo-réactions à la tuberculine suivant la technique habituelle chez 300 enfants de 1 à 15 ans, au dépôt de l'hospice des Enfants-Assistés. Ces sujets, qui ne sont nullement des malades, ont donné les résultats suivants :

Age	Nombre des enfants	Résultats négatifs	Résultats positifs	Pourcentage
1 à 2 ans............ ..	31	26	5	16 %
2 à 7 ans................	35	17	18	51 %
2 à 7 ans................	84	28	56	66 %
7 à 15 ans................	150	23	127	84 %
Totaux.........	300	94	206	

Ces chiffres montrent la fréquence extrême de la tuberculose latente chez des enfants sains en apparence.

La proportion des résultats positifs croît avec l'âge d'une façon très rapide, en sorte que, chez les grands enfants, l'absence de réaction à la tuberculine devient presque une exception. Il convient de dire que ces enfants appartiennent à une catégorie sociale un peu spéciale, et que les résultats obtenus chez eux ne sauraient s'appliquer intégralement à tous les enfants du même âge. Ils sortent en effet d'un milieu essentiellement misérable, et très fortement tuberculisé : si leurs parents sont obligés de les confier momentanément à l'Assistance, c'est parce qu'ils sont sans ressources, et, dans l'immense majorité des cas, en traitement prolongé à l'hôpital. (*La clinique infantile*, 1909, p. 524.)

Les applications de sangsues en clinique humaine.

Tels sont les faits : l'application de sangsues chez l'homme détermine une hémophilie locale, aiguë, passagère, comparable jusqu'à un certain point à l'hémophilie générale, que par les injections intraveineuses d'extraits de sangsues nous avons réalisée chez le lapin. C'est parce que le sang est rendu localement incoagulable, que l'hémorrhagie hirudinique se prolonge et se montre aussi forte que celle des grandes saignées veineuses. Elle se distingue ainsi pleinement de l'hémorrhagie causée par les ventouses scarifiées, hémorrhagie minime, courte, et qui n'agit point sur la crase sanguine, comme nous avons pu nous en assurer.

L'application de sangsues, déterminant lentement et de façon prolongée une grande hémorrhagie, ne s'accompagne d'aucun trouble général, ni de malaises. Elle offre donc tous les avantages de la saignée par phlébotomie, sans en présenter les difficultés ni les inconvénients. Elle ne mérite aucune suspicion, les plaies cutanées ne s'accompagnant jamais d'infection. Comme son intensité dépend de substances anticoagulantes injectées dans la plaie, l'hémorrhagie se produit aussi bien chez les malades phlegmasiques que chez les autres patients.

Au même titre que la phlébotomie, l'application des sangsues peut diminuer la congestion, faire cesser la dyspnée, abaisser la température. Elle pourra donc souvent la remplacer, sauf dans les cas, tels que le brightisme, l'œdème aigu du poumon, où il faut pratiquer d'urgence et rapidement une large soustraction sanguine.

On voit l'intérêt pratique que présente l'étude physiologique des hémorrhagies hirudiniques, à côté de l'intérêt doctrinal qu'elle possède pour la connaissance expérimentale de l'hémophilie. (Dr P. Emile Weil et Boyé. *Semaine médicale*, 8 septembre 1909.)

Y a-t-il lieu de défendre les aliments salés après l'ingestion de calomel ?

Les accidents survenus quelquefois à la suite de l'ingestion de calomel ont fait penser depuis longtemps à la décomposition possible de ce sel en présence du chlorure de sodium des aliments, avec formation de sublimé corrosif.

MM. Louis Gaucher et Roger Abry ont repris l'étude de cette question *in vivo* sur un jeune garçon de quatorze ans, opéré d'urgence pour occlusion intestinale et à qui l'on avait fait un anus contre nature, situé dans la première moitié de l'intestin grêle.

Le malade, à jeun depuis la veille, absorbe dans du lait 0 gr. 50 centigr. de calomel reconnu à l'analyse exempt de sublimé. Toutes les dix minutes on lui fait boire du lait jusqu'à concurrence de 250 c. c. et l'on recueille pendant une heure et demie tous les produits de la digestion. Les liquides ainsi obtenus et bien mélangés sont introduits dans un récipient à large ouverture avec du chlorure de sodium et placés au bain-marie pendant vingt-quatre heures à une température constante de 37°.

Il est impossible par les procédés les plus perfectionnés d'y découvrir du sublimé.

Ayant démontré que dans ces conditions le sublimé, s'il y en avait, ne pourrait se combiner aux matières protéiques du lait pour former de l'albuminate de mercure capable d'échapper aux recherches, les auteurs posent les conclusions suivantes :

1° Dans les conditions où nous nous sommes placés, il ne semble pas se produire de sublimé au cours de la digestion, lorsque le calomel se trouve en présence de chlorure de sodium ;

2° Si du sublimé avait pris naissance, il serait possible de le caractériser, malgré la présence de matières protéiques et malgré les combinaisons possibles entre le sel et ces substances.

3° Il semble donc qu'il n'y ait pas lieu de proscrire les aliments salés après administration de calomel comme purgatif. (Louis Gaucher et Roger Abry. *Semaine médicale*, 8 sept. 1909, p. 422.)

Dr Françis.

XIXe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Nantes, août 1909.

(*Suite et fin* (1).

Maurice Faure. — **Suites éloignées de la rééducation motrice dans le traitement des maladies organiques de la moelle.** — Nous avons, à plusieurs reprises, étudié les résultats obtenus dans le traitement des troubles moteurs consécutifs aux lésions du système nerveux, par des techniques mécaniques appropriées, dites « de Rééducation motrice ». Dans certains cas, ces résultats peuvent aller jusqu'à la restauration intégrale des fonctions motrices. L'on s'est demandé justement si de tels avantages thérapeutiques étaient bien stables, et ce qu'il advenait des malades plus ou moins complètement réparés par la rééducation. Pour répondre à cette question, il fallait nécessairement laisser passer quelques années, et revoir les sujets anciennement traités, ayant eu les meilleurs résultats.

Nous avons pris comme exemples des cas de tabès et de paraplégie, parce que ce sont ceux dans lesquels nos techniques sont les plus précises et les plus sûres. On sait que la première technique de traitement de l'ataxie a été indiquée par Frenkel, de 1890 à 1896 ; — que celle dont nous nous servons pour la même affection a été réglée par nous de 1896 à 1902 ; — enfin, que le traitement des paraplégies a été institué par nous à l'aide d'une troisième technique, de 1903 à 1905.

Nous avons pu réunir 15 malades anciens, réalisant les conditions demandées.

I. — Une première série comprend quatorze observations de tabétiques classiques, qui peuvent être considérés comme des exemples de traitement et de résultat complet. Parmi eux, onze n'avaient que des troubles légers de la coordination, de l'instabilité, de la difficulté de la marche sur les terrains accidentés, ou dans l'obscurité. Mais trois avaient des accidents très étendus et très intenses. Ils ne pouvaient marcher, ni se tenir debout. L'un ne quittait pas son lit ; il ne pouvait ni s'asseoir, ni manger. Un autre avait une telle atonie que certaines articulations ballottaient au point qu'elles avaient paru détruites. Enfin, plusieurs malades de cette série avaient des incontinences et des rétentions, mêmes accentuées, des urines et des matières.

Tous les malades de cette première série ont été guéris cliniquement de leurs troubles moteurs. Les onze premiers ne peuvent plus être reconnus aujourd'hui pour des ataxiques. Deux sont des officiers qui remplissent toutes les conditions de leur service. Sept exercent les professions de journalistes, voyageurs de commerce, avoué, propriétaire, inspecteur d'assurance, etc., sans apporter aucune modification à leurs obligations ordinaires. Deux sont des femmes, dont l'une est jeune et mondaine.

Parmi les trois impotents, l'un est mort d'aortite, trois ans après la guérison complète de son incoordination. Un autre a gardé une légère diplopie, et il est obligé, pour écrire, de prendre un crayon ou un gros stylet, parce que la plume roule entre ses doigts. Mais après une 2e cure actuelle (la première, six ans auparavant, ayant été trop courte), ces troubles sont en voie d'amélioration et semblent devoir disparaître. Le troisième n'a conservé qu'une légère boiterie, due à la persistance des déformations osseuses des genoux et des hanches, mais les troubles de la coordination sont complètement guéris.

Ce n'est que par la persistance de l'abolition des réflexes et des troubles sensitifs que l'on peut reconnaître des tabétiques dans les malades de cette série, à l'exception des deux dernières observations. Les troubles de la miction et de la défécation sont disparus, un peu moins complètement toutefois que les troubles de la coordination ou des mouvements des membres.

(1) Voir le dernier numéro.

II. — Dans une deuxième série, nous rangerons 6 tabétiques qui, pour des circonstances diverses, ont dû interrompre leur traitement avant d'être arrivés à une restauration complete. Deux étaient des ataxiques ordinaires avec incoordination très apparente, ils n'ont plus que quelques troubles moteurs peu apparents. Deux étaient dans l'impossibilité complète de marcher et de se tenir debout. L'un marche aujourd'hui assez correctement, librement et sans canne, et son ataxie ne se révèle qu'à l'occasion de mouvements inattendus, de l'obscurité, etc. L'autre, qui ne pouvait même pas se tenir assis, marche aujourd'hui avec des cannes. mais sa démarche est restée nettement ataxique. Un malade, qui était complètement impotent, a retrouvé en grande partie sa coordination, mais il est devenu aveugle. Malgré son amaurose, il a presque conservé les progrès acquis, mais a abandonné son traitement. Il marche au bras de quelqu'un. Enfin, un des malades le plus gravement atteints parmi ceux que j'ai eus à soigner, présentant des signes de myélite complexe, avec une ataxie intense et des atrophies musculaires qui faisaient de lui un véritable paraplégique jusqu'à la hauteur des seins, a récupéré la presque totalité de ses mouvements, mais a conservé des atrophies et des atonies diverses, qui l'obligent à se servir d'une canne, et à marcher lentement et avec quelques précautions.

III. — Dans une troisième série, nous rangerons les paraplégiques. Deux étaient atteints de paraplégie spasmodique pure et intense : par méningo-myélite, l'une syphilitique, l'autre de cause inconnue. Le premier est complètement guéri. Le deuxième a conservé une légère spasmodicité que l'on ne peut apercevoir que dans la course ou dans les terrains accidentés. Deux étaient des paraplégiques flasques : l'un, par commotion spinale (accident de chemin de fer) ; l'autre, par polimyélite infectieuse aiguë grave. Tous les deux ont guéri, mais ont conservé une atrophie localisée du quadriceps fémoral d'un côté, qui les a obligés à suppléer ce muscle dans le mouvement d'extension de la jambe, par une hypertrophie du tenseur du fascia lata et un effort complémentaire des muscles du bassin. Enfin, la dernière malade, atteinte de sclérose en plaque (avec réserves d'hystérie), était plutôt une trembleuse qu'une paraplégique. Elle est complètement guérie.

IV. — Ces observations datent de : huit ans (1 Obs.), — sept ans (3 Obs.), — six ans (5 Obs.), — cinq ans (6 Obs.), — quatre ans (4 Obs.), — trois ans (5 Obs.), — un an (1 Obs.). Les termes les plus éloignés se rapportent aux cas les plus graves.

Quelques malades ont fait plusieurs cures d'année en année. D'autres s'en sont tenus à la première cure. Tous se sont appliqués, chez eux, à surveiller les résultats obtenus et à mettre en pratique les conseils techniques qui leur avaient été donnés.

Les résultats acquis se sont toujours maintenus et même accentués : c'est-à-dire que les malades partant après leur traitement avec un résultat obtenu, ont vu ce résultat se confirmer et se renforcer par l'usage. Ce qui nécessitait une dépense d'attention et de force est devenu peu à peu automatique ; ce qui s'accomplissait avec peine et incomplètement, est devenu facile et complet. Ce n'est que chez les malades de la deuxième série que quelques mauvaises habitudes sont apparues par suite de l'insuffisance de la technique due à la trop faible durée du traitement. Chez un malade seulement, les progrès ont été nettement enrayés et ont peut-être même un peu rétrocédé : c'est celui qui est devenu aveugle. Néanmoins, la solidité et la force générale se sont accrues chez tous (sauf chez l'amaurotique).

Nous n'avons pas à examiner ici l'importance concomitante du meilleur traitement général du tabès et de plusieurs affections spinales, qui depuis quelques années, évite généralement au malade les progrès de la maladie.— Nous n'avons pas davantage à indiquer la technique des traitements, qui a été l'objet d'autres publications.

Conclusion.— Les bons résultats acquis par l'application des techniques de Rééducation motrice au traitement de l'ataxie tabétique et des paraplégies sont stables et définitifs, et les troubles moteurs corrigés ne réapparaissent plus. Mais le malade doit, par la mise en pratique prolongée des préceptes qui lui ont été enseignés, par l'hygène et le traitement général, veiller à éviter tout progrès nouveau de sa maladie : et il est fréquent qu'il y parvienne.

HYGIÈNE APPLIQUÉE

La défense des Etats-Unis contre le trachome (1)

CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES ET PROPHYLACTIQUES ;

Par le D[r] Marcel CLERC
Médecin sanitaire maritime.

HISTORIQUE ET DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE. — Le *trachome*, ou conjonctivite granuleuse, ou ophtalmie d'Egypte, est cette affection de la conjonctive, de nature chronique, sujette à des rémissions et à des exacerbations, caractérisée par une conjonctive initiale, secondairement par l'infiltration lymphoïde de la conjonctive et des tissus sous-conjonctivaux, aboutissant à l'organisation d'un tissu cicatriciel et rétractile.

Elle est d'origine orientale. Notre notion d'elle s'étend loin dans le passé. Mention en est faite dans les écrits des Grecs et des Egyptiens.

Originellement endémique dans l'Extrême-Orient et sans doute confinée d'abord dans des aires restreintes, elle fit graduellement son chemin vers l'ouest, peut-être en suivant la route des caravanes, jusqu'à être fermement installée le long de la côte est et sud de la Méditerranée.

Comme avant le début du dernier siècle, l'existence du trachome en Europe paraît imprécise, le retour d'Egypte des soldats de Napoléon, en 1802, a été accusé de sa dissémination en Europe.

Actuellement, le trachome est répandu par toute l'Europe et, dans quelques localités, 60 p. 100 des cas de cécité doivent lui être attribués.

Il est fréquent en Russie, en Pologne, dans certaines régions de l'Autriche-Hongrie, comme la Galicie ; en Allemagne, notamment dans l'est de la Prusse vers la frontière austro-hongroise et russe. Les Juifs de la basse classe y sont très prédisposés.

Vers le Nord, le trachome est commun chez les riverains de la Baltique et de la Mer du Nord, spécialement en Hollande et en Finlande.

Dans le sud de l'Europe, l'Italie et la Grèce sont particulièrement affectées. En Espagne il est assez commun, alors qu'en France il est relativement rare. En Angleterre et en Ecosse il est rare, mais fréquent en Irlande.

Le tableau suivant montre la proportion des cas de trachome relativement aux autres maladies de l'œil, d'après les chiffres recueillis dans quelques cliniques d'Europe :

Russie.........	29 %	Turquie d'Europe	18.3 %
Italie..........	27 »	Hongrie.........	12 »
Grèce........ ..	55 »	Hollande........	7 »
Portugal.......	25 »	France et Belgique	4 »
Bulgarie.......	20 »		

En considérant la distribution géographique du trachome, on est frappé de ce fait que, d'une façon générale, il est fréquent chez les nations qui ont des côtes étendues, qu'il s'étend du littoral vers l'intérieur et se fixe par cette voie dans le pays.

Aux Etats-Unis, le trachome n'est pas général en sa distribution. Grâce au flot de l'immigration, il est plus répandu le long de l'Atlantique, surtout dans les grandes cités maritimes, et toujours chez des personnes de naissance étrangère ou de parentage étranger.

Le mouvement d'émigration vers l'ouest l'y a établi. Il fut endémique pendant quelques années dans certaines régions restreintes de l'Illinois et dans les montagnes du Kentucky et de la Virginie de l'ouest. La population de ces contrées est la seule qui, de parentage strictement américain, puisse être dite souffrir du trachome, et l'on doit admettre, qu'importé dans ces régions il a pu s'y domicilier par suite de la pauvreté des habitants et de la pénurie de médecins (2).

EVOLUTION, TERMINAISON. — Si le traitement n'est pas institué

(1) Extrait de l'*Hygiène gén. et appl.* avril 1902.

(2) *Trachoma, Its effects*, by surgeons *Clark* and *Schereschewsky*. Public. Healt and Marine Hospital Service of the U. S. — Nous avons puisé nombre de renseignements dans cette consciencieuse étude.

dès le début, on peut dire que le trachome ne guérit jamais. Des cas guéris en apparence, le traitement étant interrompu, subissent une exacerbation aiguë et deviennent aussi actifs et virulents que jamais.

Ces exacerbations, d'ailleurs, s'observent aussi au cours du traitement. Le stade de formation et de réaction du tissu conjonctif continue jusqu'à la destruction complète du tissu lymphoïde, ce qui peut demander des années, et jusqu'à cette époque, un retour d'activité reste possible. Aussi le trachome doit-il être déclaré dangereux et contagieux jusqu'au parachèvement du stade de cicatrisation. Dans les dernières étapes du trachome se voient les effets de cette rétraction cicatricielle : entropion, ectropion, trichiasis, xérosis, symblépharon, opacités de la cornée résultant des ulcères et pannus.

Conditions étiologiques. — a) *Age.* — Le trachome se contracte à tout âge, mais les très jeunes enfants y échappent, sans doute parce que le tissu adénoïde de la conjonctive se développe seulement vers la troisième année de la vie. Ceci explique le phénomène, fréquemment observé, de familles nombreuses où les adultes sont atteints et le bébé dans les bras indemne, malgré les contacts familiaux.

b) *Susceptibilité individuelle.* — Il existe pour l'acquisition du trachome une susceptibilité individuelle certaine : il semblerait que les individus à tempérament lymphatique y sont plus sensibles. A l'arrivée à Baltimore du vapeur allemand *Oldenburg*, le 6 février 1907, 67 personnes provenant du même compartiment présentaient une affection inflammatoire de l'œil, du même type général, dont l'origine se rattachait, apparemment, à l'existence dans ce compartiment, de quatre cas de trachome aigu. De ces 67 étrangers, 48 développèrent du trachome ; le reste guérit facilement.

Comme l'agent infectieux était manifestement le même pour tous, on peut affirmer l'existence d'une résistance spéciale chez ceux qui échappèrent à la contagion.

c) *Conditions hygiéniques.* — Un des principaux facteurs de dissémination du trachome est l'encombrement, fréquent à bord des navires par gros temps, dans les écoles, institutions et usines. Il faut y ajouter la misère, les mauvaises conditions hygiéniques des logements populaires, la communauté d'eau et de serviettes, et en Orient, la propagation par les mouches. Tous les voyageurs ont observé en pays musulman ces malheureux, aveugles ou presque aveugles, qui font à peine et dignement le geste de chasser les mouches qui se posent sur leurs yeux. Le rôle de vecteur infectant des mouches est probable pour le trachome, comme il est déjà soupçonné ou établi pour d'autres maladies contagieuses.

Considérations économiques. — Pour apprécier les déplorables effets de cette affection, en ce qui concerne les individus, il suffit de retenir que 75 p. 100 environ des cas de trachome non traités aboutissent à la cécité.

Quand la maladie éclate chez un enfant, celui-ci se voit exclus par les règlements municipaux des écoles publiques, à un âge où l'esprit est en état de réceptivité. Quand elle arrive dans l'adolescence, les études secondaires ou professionnelles sont pratiquement empêchées. Si l'infection aboutit à une vision défectueuse ou à la cécité, l'enfant ne peut emmagasiner les figures mentales qui dérivent de l'art, de la littérature et de la science et qui, par l'imagination, est la consolation du déclin de la vie.

En ce qui concerne la santé publique, la libre importation du trachome est pleine de dangers, grâce à l'établissement de foyers secondaires d'infection : la maladie s'alimente largement parmi les classes ignorantes de l'hygiène ; des foyers se localisent dans les quartiers contagionnés, habités par la population pauvre, où se recrutent les serviteurs, cuisinières, blanchisseuses et autres domestiques, au grand dommage des familles qui les emploient. Dans les écoles, un cas de trachome inconnu peut contagionner son innocent voisin de pupitre ; dans les orphelinats et autres institutions d'assistance, une épidémie est difficile à enrayer.

Aux Etats-Unis, avant l'adoption des mesures sanitaires, 4 p. 100 environ des cas de conjonctivite étaient dus au trachome et, à défaut d'autres considérations, les dépenses nécessitées par l'entretien des aveugles doivent inciter les Etats à se protéger contre le trachome.

On doit donner au trachome une place importante parmi les facteurs qui diminuent non seulement la valeur économique des individus, mais celle de la race ou du peuple où il prévaut. L'augmentation de la prospérité d'un Etat dépend presque exclusivement du pouvoir qu'ont ses membres d'élever leur propre niveau d'existence (*standard of living*) ; et une telle amélioration de leur condition matérielle dépend de la capacité productive de l'unité individuelle. La possibilité de gagner sa vie diminuant par l'affaiblissement de la vision, le trachomateux est obligé de se contenter de salaires inférieurs qui l'exposent, lui et ceux qui vivent de son travail, à une pauvreté croissante, et par suite à toutes les conditions anti-hygiéniques connues pour entretenir et disséminer la maladie. Ainsi se trouve complété le cercle vicieux.

Les effets du trachome n'atteignent pas seulement le trachomateux lui même. On ne doit pas oublier que les enfants constituent les producteurs de l'avenir et que la prospérité de la communauté future dépend du degré d'intelligence et d'instruction conféré aux enfants ; leur exclusion des écoles pour un temps plus ou moins long, quand ce n'est pas pour toujours, constitue un obstacle irrémédiable au développement de leur valeur latente. Alors même qu'ils guérissent, cette guérison s'accompagne de telles défectuosités de la vision qu'ils ne peuvent atteindre le niveau social auquel ils auraient pu prétendre; ainsi le trachome est responsable d'un déchet social appréciable et prive la collectivité d'une partie de ses forces vives.

Considérations prophylactiques. — De tels effets justifient pleinement la position de défense prise par le gouvernement américain contre le trachome. Depuis quelques années, l'attention des corps savants avait été attirée sur sa marche croissante. Si l'on considère le mouvement d'immigration aux Etats-Unis pendant les vingt-cinq dernières années, on constate que, pendant les quinze premières années de ce quart de siècle, la masse des émigrants provenait du nord de l'Europe (Allemagne, Scandinavie, Iles Britanniques), où le trachome est relativement peu fréquent, tandis que durant les dix ou douze dernières années, le courant d'émigration du sud de l'Europe a été en augmentant sans cesse, et actuellement la plus grande partie des étrangers qui viennent aux Etats-Unis provient de l'Italie, de l'Autriche-Hongrie, de la Russie et des pays riverains du nord et de l'est de la Méditerranée (Grecs, Syriens, etc.). Ce changement dans la source de l'émigration fut la cause de cette augmentation marquée de la maladie.

Déjà avant 1907, les ophtalmologistes et les sociétés scientifiques insistaient pour que des mesures fussent prises afin d'empêcher l'extension et l'importation du trachome aux Etats-Unis. Le Dr Miles Standish, de Boston, dans les *communications médicales de la Société de Médecine du Massachusetts*, disait : « La présence du trachome aigu dans la conjonctive des émigrants devrait être une bonne et suffisante raison pour les refuser. Un grand nombre de ces cas, quelques mois après leur arrivée, deviennent des charges publiques. En outre, si ce n'était ces nouveaux cas introduits dans les quartiers populeux de nos grandes cités, mon opinion est que la maladie deviendrait vite extrêmement rare dans cette partie du monde. »

Une communication fut donc adressée au commissaire de l'immigration, déclarant que la maladie devait être classée comme « dangereuse et contagieuse », en accord avec la loi de 1891 sur l'émigration, ce qui rendait obligatoire la déportation de tout émigrant trachomateux.

Depuis cette époque, des milliers de trachomateux furent reconnus dans les ports des Etats-Unis et exclus du territoire.

Les autorités américaines ne se contentèrent pas de cette mesure radicale : l'exclusion de tout trachomateux, émigrant, passager de 1re ou de 2e classe, à l'arrivée sur le territoire américain, soit par terre, soit par mer.

Par un ensemble de dispositions réglementaires, avec sanctions pécuniaires au cas d'inobservance, les compagnies de navigation se virent imposer l'obligation de soumettre à l'examen médical les passagers avant l'embarquement et de refuser ceux atteints d'un certain nombre de maladies, parmi lesquelles le trachome.

A chaque voyage, à l'arrivée dans le port américain, le médecin du paquebot lève solennellement la main devant un inspec-

teur de l'immigration et jure qu'il a fait un examen personnel de chaque passager, et qu'au mieux de son jugement et de sa croyance, les listes de passagers, avec les mentions concernant leur condition physique et mentale, sont vraies.

Lorsqu'un cas avéré de trachome, malgré les précautions prises, arrive dans un port américain, il est infligé, par cas, une amende de 100 dollars ou 500 francs à la compagnie de navigation ; de plus, celle-ci est tenue de ramener, à ses propres frais, le passager refusé à son port de départ.

Aussi un service médical est-il organisé, dans les grands ports d'Europe, pour restreindre autant que possible les chances d'une telle éventualité. Au Havre en particulier, la Compagnie générale transatlantique possède une salle d'examen spéciale, intensivement éclairée, parce que la visite médicale a lieu presque toujours de nuit, où chaque émigrant, préalablement vacciné, subit l'éversion des paupières, sans préjudice d'un examen général en vue de déceler, soit une maladie quelconque infectieuse, soit le favus ou autre « infirmité répugnante », soit la tuberculose, soit toute affection susceptible de diminuer ou d'annihiler chez un individu l'aptitude à gagner sa vie.

Tous les médecins de la Compagnie présents dans le port et un ophtalmologiste concourent à cet examen, et tout cas net est refusé, tout cas suspect voit son départ ajourné.

Nous devons à l'obligeance du Dr Letellier, chef du service médical de la Compagnie générale transatlantique, la statistique des cas de trachome ainsi refusés ou ajournés, pour les trois dernières années.

	Emigrants transportés	Refusés	Ajournés	Total
Année 1906......	62.311	546	99	613
Année 1907......	67.128	337	33	370
Année 1908......	23.929	179	4	183

Beaucoup des cas ajournés étaient ensuite refusés définitivement.

La meilleure prophylaxie réside donc dans l'exclusion des étrangers reconnus atteints. Quant au trachome déjà implanté dans le milieu américain, c'est affaire aux autorités sanitaires des divers Etats d'Amérique et aux municipalités, de prendre telles mesures qu'elles jugent nécessaires.

Le pourcentage des cas de trachome chez les enfants des écoles, spécialement parmi ceux des classes pauvres, peut être considéré comme un bon index de l'étiage du trachome dans une localité. Les paupières sont systématiquement inspectées et les trachomateux exclus de l'école. En suivant ces cas jusque dans leur famille, on y décèle la présence ou l'absence du trachome chez les ascendants ou collatéraux.

Il serait désirable, pour compléter ces recherches, que les médecins soient requis de déclarer les cas de trachome qu'ils peuvent avoir à observer parmi leurs malades.

Quand on découvre un cas parmi les membres d'agglomérations telles qu'hôpitaux, hospices, prisons, asiles d'aliénés, il faut isoler le malade et ne pas lui permettre l'usage des cuvettes, serviettes, literie ou vêtements servant aux autres personnes.

Dans les salles d'hôpitaux réservées pour le traitement du trachome, les précautions les plus minutieuses doivent être observées, non seulement pour empêcher la réinfection des cas en cours de guérison, mais pour protéger contre un contage possible les nurses et les médecins.

Dans la mesure du possible, tous les cas aigus doivent être groupés dans une même salle, avec un service indépendant. Chaque malade doit être pourvu de compresses de gaze stérilisées pour la figure et les yeux, chaque compresse ne servant qu'une fois et étant aussitôt détruite. Chaque malade doit avoir en propre sa cuvette et ses serviettes, ou ne se laver que dans de l'eau courante.

Les nurses, faisant des instillations ou des irrigations dans les yeux, doivent se protéger par des bésicles contre les éclaboussures, désinfecter soigneusement leurs mains avant de passer d'un cas à l'autre ou après avoir terminé un traitement.

A bord des navires, la prophylaxie du trachome se résume dans l'examen fréquent des yeux des passagers, l'isolement immédiat de tout individu présentant une affection inflammatoire de l'œil et, dans la mesure du possible, l'observance des mesures d'asepsie recommandées ci-dessus.

Effets de la législation restrictive.— Les résultats de la législation instituée par les Américains contre le trachome et les bons effets de la prophylaxie défensive qu'ils ont réalisée ne se sont pas fait attendre. L'importation du trachome, arrêtée par une inspection sévère des étrangers, la création de nouveaux foyers n'est plus à craindre. Les foyers existants diminuent d'intensité et, grâce aux progrès constants de la prophylaxie, il est permis d'espérer leur extirpation définitive.

Les statistiques du Dr Davies, de New-York, établissent qu'avant la législation de 1897, le pourcentage du trachome sur un demi-million de maladies contagieuses de l'œil, était de 4 p.100. Trois ans après, sur un nombre de près de 100.000, il n'y avait qu'un peu plus de 2 p. 100 de trachome. Ces chiffres prouvent qu'une inspection sévère et quelques mesures d'asepsie suffisent à restreindre de près de moitié la fréquence du trachome. Nulle part le dicton populaire : « Prévenir est mieux que guérir » ne saurait être plus justement appliqué.

Cette œuvre de défense contre le trachome est d'un haut intérêt prophylactique et d'une grande portée sociale. Elle pourrait, à l'envisager d'une manière superficielle, paraître vaine et illusoire, étant donné le développement considérable des frontières maritimes et terrestres des Etats-Unis. Les remarquables résultats qu'elle a donnés et qui s'affirment plus réels chaque jour, prouvent cependant qu'elle était nécessaire et montrent que l'énergie, l'esprit de suite et le défaut de sensiblerie, peuvent, en écartant les causes de dépréciation de la valeur d'un peuple, lui assurer une saine tenue physique, condition de tout progrès.

ANALYSES

La paralysie récurrentielle et abductrice du larynx ; diagnostic et traitement ; par W.-E. Casselberry, de Chicago. (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1909.)

La paralysie récurrentielle unilatérale est due à une compression cervicale ou médiastinale ou bien à une lésion nerveuse centrale. L'étude anatomique des récurrents, montre que tous les deux peuvent être paralysés par un anévrysme, par des tumeurs cervicales ou médiastinales, tandis que le droit peut être comprimé par quelque lésion du poumon ou de la plèvre, qui, comme on sait, est croisée par le nerf.

L'auteur publie de nombreux cas de paralysie récurrentielle droite et gauche dus à ces diverses causes : anévrysmes, pleurésies, tumeurs (sarcome du médiastin, carcinome de l'œsophage, goitre), lésion auto-bulbaire ou centro-corticale, et il montre combien le diagnostic précoce de ce symptôme et son interprétation exacte peuvent être utiles pour instituer un traitement d'urgence médical ou chirurgical. A.-R. Salamo.

Curabilité des méningites aiguës et spécialement de la méningite otogène ; par P. Gauthier, de Lyon. (*Annales des maladies de l'oreille*, 1909, p. 584.)

Le pronostic de la méningite semble s'améliorer depuis quelques années, depuis surtout que Quincke a établi le groupe des méningites séreuses. P. Gauthier, après une excellente revue critique de la question, et après avoir exposé impartialement les opinions des divers auteurs ayant écrit sur le traitement de la méningite otogène, expose quelle lui semble désormais la conduite à tenir.

Un premier point, hors de discussion aujourd'hui, est qu'il n'est plus permis de rester inactif en face de la méningite d'origine otique. Ainsi que l'a dit Lermoyez, il faut toujours intervenir, à moins que l'affection ne soit arrivée à la période de coma terminal.

Deux principes généraux s'imposent : 1° c'est d'abord l'établissement d'un diagnostic précoce (par la ponction lombaire) et l'intervention d'urgence, aussitôt le diagnostic posé ; c'est pourquoi les méningites latentes sont si graves ; quand elles se manifestent, il est déjà trop tard ; 2° c'est aussi la suppression aussi radicale que possible du foyer infectieux auriculaire.

Pour le reste, la ligne de conduite diffèrera suivant que l'on aura affaire à une méningite septique ou à une réaction méningée aseptique (renseignement fourni par la ponction lombaire).

A. *Méningite septique.* — Si les indications sont imprécises, si la méningite semble diffuse d'emblée, si le liquide est clair ou peu louche, on pourra suivre le conseil de Paul Laurens, c'est-à-dire pratiquer la ponction lombaire répétée et employer les injections intrarachidiennes d'argent colloïdal. Dans les autres cas, il faudra combiner l'incision de la dure mère crânienne et le drainage de la fosse cérébro-cérébelleuse avec la ponction lombaire répétée.

B. *Réaction méningée aseptique.* — Outre la suppression du foyer infectieux causal, on devra se contenter de la ponction lombaire répétée et surtout, selon le conseil de Massary et Weil, se garder de toute injection intrarachidienne colloïdale qui ne ferait qu'aggraver les accidents. A. R. Salamo.

De la valeur thérapeutique de la méthode de Bier en otologie ; par Th. Heiman, de Varsovie. (*Annales des maladies de l'oreille*, XXXV, 1909.)

La méthode de Bier consiste, comme on le sait, à provoquer l'hyperémie passive au niveau d'un foyer inflammatoire ; elle a été expérimentée en otologie par de nombreux spécialistes, parmi lesquels nous devons citer Lexer, Köppler, Spira, Stenger, Körner, Heine, Heinsberg, Hemer, etc. Th. Heiman a appliqué ce procédé dans 8 cas d'otite moyenne aiguë et chronique, avec menaces de mastoïdite ; il a suivi les indications précises du créateur de la méthode et il a appliqué autour du cou une bande élastique de coton ayant trois centimètres de largeur, de façon à obtenir une constriction modérée. Dans tous les cas, le symptôme douleur a été modifié ; de plus, sous l'influence de l'hyperémie, l'inflammation aiguë semble se limiter et se résorber ; mais il n'en est pas de même des inflammations chroniques, car il semble que, dans ce cas, au contraire cette méthode provoque l'extension de la suppuration.

Th. Heiman compare même le procédé de Bier à l'application des cataplasmes à la farine de lin. Sous l'influence de ces derniers, les malades ressentent un soulagement temporaire de leurs souffrances, mais en même temps les tissus malades subissent de grandes destructions. L'hyperémie masque donc la marche du processus pathologique et c'est surtout pourquoi l'auteur n'est pas partisan de ce procédé thérapeutique qui, au surplus, peut être nocif, puisqu'Eschweiler a eu 2 cas mortels sur 14 qu'il a soignés. A.-R. Salamo.

BIBLIOGRAPHIE

Le « numéro des Etudiants » de « La Lancette », The Lancet, The Students nummer, session 1909-1910. (Londres, 28 août 1909).

Ce numéro de *The Lancet*, spécialement consacré aux Etudiants, présente, comme chaque année, en un format concis et pratique, tous les renseignements utiles pour entreprendre et poursuivre les études médicales en Angleterre.

Ce sont d'abord la table de matières et l'index qui fixent de suite sur tout le contenu du volume. Puis c'est l'« *adresse aux Etudiants* », dans laquelle préface *La Lancette* recommande cette année de ne rien negliger des études scientifiques, et d'entreprendre hardiment les études médicales, en ayant une ambition, un idéal, un but. Le journal ajoute que le public éclairé sait distinguer le vrai médecin du charlatan, et qu'il faut chercher à traquer ce dernier, sans réclamer pour cela l'intervention de l'Etat, dont n'ont pas besoin les hommes habiles et sages que protège suffisamment leur savoir. Il faut viser beaucoup plus à la clinique qu'à la lecture des livres, et chacun peut tendre a devenir un Lister ou un Huxley, sans s'arrêter au simple but humanitaire et rester simple médecin.

Le numéro se divise en trois parties concernant respectivement : l'Angleterre et le pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande ; et tout ce qui concerne, dans ces trois territoires, les universités, les hôpitaux, les services publics, les études dentaires, etc. etc.

En résumé, le présent « numéro des Etudiants » se trouve à la hauteur de ses devanciers, et nul doute que les Etudiants anglais, d'abord, et les Etudiants, étrangers ensuite, ne tirent de sa lecture la plus grande utilité.

La réaction de Rivalta en clinique médicale ; par le Dr de Barbier de la Serre (Thèse de Bordeaux, 1909.)

L'auteur a produit un très bon travail, avec une bibliographie complète, et dont les conclusions sont les suivantes : 1° Il existe des cas où le médecin, en présence de certains malades offrant un épanchement pathologique pleural ou péritonéal, ne peut affirmer avec les seules ressources de la clinique la nature exsudative ou transsudative de cet épanchement. Il existe cependant un moyen de différencier nettement les exsudats des transsudats : c'est la réaction de Rivalta, connue depuis 1895 en Italie, en Allemagne, en Russie, en Pologne, en Amérique du Sud ; elle est presque totalement ignorée en France où elle n'a été l'objet d'aucun travail sérieux. Nous avons voulu réparer cette omission regrettable pour tous les cliniciens français ; 2° Contrairement à ce que l'on a pu dire ou croire, l'épreuve par l'acide acétique très dilué est bien due à Rivalta et non à Moritz ; aussi doit-on lui conserver le nom qu'elle a déjà partout : de réaction de Rivalta ; 3° L'épreuve consiste à verser une goutte de l'épanchement à étudier dans un verre à expérience contenant 50 centimètres cubes d'eau distillée ou ordinaire, acidulée avec, soit une goutte d'une solution aqueuse d'acide acétique à 1/2, soit avec cinq ou dix gouttes de vinaigre blanc ordinaire du commerce ; 4° Si le liquide à examiner est d'origine inflammatoire, il se forme des stries opalescentes, lactescentes, comparables au mince filet de fumée qui s'échappe en spirale du bout allumé d'un cigare ; 5° Ce précipité se dissout dans un excès d'acide acétique ; 6° Les transsudats purs ne donnent pas la réaction ; 7° A plusieurs ponctions répétées, il peut se produire qu'un transsudat donne une réaction positive après plusieurs résultats négatifs ; cela tient à ce que le traumatisme causé par les ponctions a entraîné une légère réaction inflammatoire du côté de la séreuse ; la réaction peut se montrer de nouveau négative au cours des ponctions suivantes ; 8° Nous avons pu réunir 34 observations, dont 12 nous sont personnelles ; elles peuvent se diviser en 21 observations d'exsudats et 13 de transsudats. Sur ces liquides, 86 fois la réaction de Rivalta classique fut recherchée. Toutes les fois que nous nous sommes trouvé en présence d'un exsudat franc, la réaction a été positive. Chaque fois que le transsudat fut pur, il n'y eut pas de réaction. Avec ces derniers, nous avons pu observer les exceptions signalées dans le paragraphe 7° de nos conclusions ; 9° Exceptionnellement, un transsudat peut donner à la première ponction une réaction de Rivatal positive, puis aux ponctions suivantes, une réaction négative ; dans ce cas, c'est que les deux processus sont liés à la formation de l'épanchement. C'est là un exemple de la complexité des faits cliniques qui peuvent se présenter au médecin et que la réaction de Rivalta seule peut découvrir ; 10° D'un très grand nombre d'expériences personnelles, impossibles à résumer ici, nous pouvons conclure que :

a) Ce qui précipite dans la réaction de Rivalta n'est pas de la fibrine ; *b*) La proportion des matières albuminoïdes contenues dans les épanchements n'influe en rien sur cette réaction ; *c*) L'urine albumineuse ou l'urine des malades présentant un épanchement exsudatif ne la présente pas ; *d*) Ce sont deux substances albuminoïdes spéciales coagulant par la chaleur qui précipitent dans la réaction de Rivalta ; *e*) Ces deux substances, pour Rivalta, sont une para-globuline et une pseudo-globuline que l'on retrouve dans le sang ; *f*) En effet, le sérum de sang animal (cobaye, cheval) et humain donne une réaction très nette ; *g*) La réaction de Rivalta est très sensible ; un liquide d'exsudat peut la présenter encore malgré une dilution à 50 volumes d'eau ou de liquide de transsudat ; *h*) La putréfaction de l'épanchement n'influe pas sur les résultats de l'épreuve de Rivalta.

11° Là où l'examen chimique et l'examen cytologique sont impuissants à différencier un exsudat d'un transsudat, la réaction de Rivalta permet de faire facilement cette différenciation ; 12° La réaction de Rivalta est un procédé simple, élégant, rapide, fidèle, extrêmement sensible, non seulement digne d'entrer dans la pratique de tous les médecins, mais encore indispensable pour permettre d'affirmer la nature transsudative ou exsudative d'un épanchement quelconque.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Talalgie ;

Par le docteur Anselme SCHWARTZ
Chirurgien des Hôpitaux.

En 1781, Swediaur signale une affection caractérisée par une douleur du talon. L'auteur indique les relations de cette affection avec la blennorrhagie et il fait observer que « le calcanéum est souvent gonflé ».

L'intérêt de ces faits a peu frappé les observateurs et pendant environ un siècle on n'entend plus parler de ces douleurs du talon.

Par contre, dans ces trente dernières années, de très nombreux travaux ont paru sur la question, ayant pour but, non pas de décrire le symptôme, qui est d'une remarquable simplicité, mais d'en élucider la pathogénie.

C'est aussi ce point particulier que nous allons spécialement étudier, nous réservant d'analyser et de critiquer toutes les opinions émises à l'occasion de la pathogénie de cette affection.

Voici en quelques mots le tableau clinique de la talalgie.

Un malade, le plus souvent un adulte du sexe masculin, vient nous trouver en nous disant qu'il souffre du talon, quand il marche. A l'inspection du pied on ne remarque en général rien d'anormal ; parfois la région talonnière est un peu gonflée, le talon paraît plus épais, plus gros que normalement.

Vient-on à exercer des pressions sur la face inférieure du talon on trouve à peu près au centre de la région une zone extrêmement sensible, au niveau de laquelle la pression profonde est très douloureuse. D'habitude le doigt ne sent là rien de particulier.

Faisons marcher le malade, nous constatons qu'il prend des précautions infinies pour éviter que le talon touche le sol, il marche avec la partie antérieure du pied, parfois sur la pointe et cette marche fatigante, qui souvent existe depuis des mois ou des années, donne naissance très fréquemment à un pied plat.

Dès que le malade est au repos, les douleurs disparaissent mais ces malades sont des infirmes puisque la station debout et la marche leur sont à peu près impossibles.

Tel est le tableau clinique de la véritable talalgie, qu'il ne faut pas confondre avec les douleurs rétro-calcanéennes qui souvent d'ailleurs existent en même temps qu'elle.

A quoi sont dues ces douleurs du talon ? C'est ce que nous allons essayer d'élucider.

Desprès dans sa « Chirurgie journalière » (1872), attribue les douleurs à une *contusion chronique du talon* et il insiste sur ce fait que l'affection se voit surtout chez les sujets condamnés à la station debout prolongée. C'est la *maladie des sergents de ville*. Cherchant quel tissu était le siège de la contusion il conclut que c'est le tissu cellulo-graisseux.

Brousses et Berthier (*Revue de chirurgie* 1895 et *Semaine médicale* 1895) incriminent la bourse séreuse sous-calcanéenne et apportent à l'appui de leur thèse des examens histologiques.

En opérant des malades atteints de talalgie, ils ont trouvé la bourse séreuse talonnière chroniquement enflammée avec des parois épaissies contenant même du liquide et les auteurs concluent que c'est l'inflammation chronique de cette bourse séreuse qui doit être la cause des douleurs.

Duplay (*Presse médicale*, 1896 et *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*) défend la localisation exclusive du mal dans la bourse séreuse sous-calcanéenne et crée le terme de « pternalgie » ou de « bursite sous-calcanéenne ».

Ainsi donc voilà une première opinion défendue depuis lors par nombre d'auteurs, d'après laquelle c'est la *bourse séreuse de Lenoir qui est le siège des douleurs*.

Vincent, en 1904 (*Semaine médicale*, 7 septembre), montre que la pathogénie est multiple, que les divers tissus de la région peuvent être le siège des lésions et qu'en particulier dans certains cas c'est le tissu fibro-graisseux qui double la peau du talon qui est seul affecté.

Ainsi l'auteur rapporte l'observation d'un malade chez lequel « une incision talonnière profonde permet de curetter et de détruire la bourse sous-calcanéenne que *l'on n'aperçoit pas* et de ruginer et dissocier le tissu fibreux du talon, opération qui fut suivie de guérison. »

Enfin le squelette a été incriminé ; Jacquet, tant dans ses publications personnelles (*Annales de Dermat.* 1892.— Soc. méd. des hôpitaux, mars 1897) que dans les thèses de ses élèves (Voisin, Egret : Thèses de Paris, 1899), tout en reconnaissant la localisation du mal dans les bourses séreuses de la région, fait ressortir la fréquence et l'importance des lésions osseuses, de la « calcanéite ossifiante ».

Plus récemment, de nombreux auteurs ont insisté sur les lésions osseuses de la talalgie, mais au lieu d'incriminer l'hyperostose du calcanéum, ils décrivent sur la face inférieure de l'os une ou des *exostoses* qui sont la cause des douleurs.

Il résulte de ces travaux, que nous avons récemment analysés dans un mémoire fait en collaboration avec le Prof. Reclus dans la *Revue de chirurgie* (juin 1909), qu'il existe fréquemment sous la face inférieure du calcanéum des exostoses dont la base s'implante sur les tubérosités calcanéennes, dont le sommet est dirigé en avant : le plus souvent elles se détachent de la tubérosité calcanéenne interne.

Nous avons longuement étudié la raison d'être de ces exostoses et nous sommes arrivés à cette conclusion : *qu'un très grand nombre d'exostoses ne sont que l'exagération de la tubérosité calcanéenne, due à une traction exagérée des tendons et des aponévroses de la région.* Ce sont de véritables exostoses de développement à côté desquelles on peut admettre l'existence d'exostoses traumatiques ou inflammatoires (blennorrhagie, syphilis).

Ainsi, si l'on parcourt les innombrables travaux qui ont paru sur la talalgie, on constate comme nous venons de l'exposer que les divers tissus de la région sous-talonnière ont été successivement incriminés comme étant le siège des douleurs, et les auteurs ont accusé successivement : la bourse séreuse sous-talonnière (bourse de Lenoir), le tissu fibro-graisseux de la région, le calcanéum lui-même, qu'il s'agisse d'hyperostose ou surtout d'exostose.

Or, il n'est pas permis de rejeter toutes ces hypothèses basées sur des faits indiscutables, contrôlées par des opérations.

Ainsi les observations suivies d'interventions chirurgicales de Brousse et Berthier, de Duplay, de Vincent, etc., et dans lesquelles la bourse séreuse a été trouvée chroniquement enflammée sont absolument démonstratives. Les malades ont été guéris d'ailleurs par l'ablation de la bourse séreuse et il est certain que cette dernière était la cause des douleurs.

D'autre part, dans une observation de Vincent, cet auteur n'a point rencontré la bourse séreuse ; il a, par contre, constaté l'inflammation chronique du tissu fibro-graisseux

qui double la peau du talon, l'ablation de ce tissu a amené la guérison.

Enfin les observations très nombreuses dans lesquelles la cause première des douleurs était une exostose placée sous le calcanéum et dont l'ablation a été suivie de guérison, montrent d'une façon non moins indiscutable que souvent la talalgie est due à une exostose calcanéenne.

De nos recherches sur les exostoses du calcanéum (voir *Revue de chir.*, juin 1909), il ressort qu'il est possible, facile même de concilier ces différentes opinions dont chacune contient une part de vérité.

Pour nous, un fait capital domine dans l'histoire de la talalgie, c'est la fréquence considérable des exostoses sous-calcanéennes qui existent chez 15 à 20 % des individus à l'état latent sans donner de symptômes. Mais qu'il s'agisse d'un individu que son métier condamne à des marches forcées, à la station debout prolongée, ces exostoses peuvent irriter les tissus sous-jacents, le tissu fibro-graisseux, les filets nerveux, la bourse séreuse. Elles deviennent ainsi douloureuses : la talalgie est constituée.

De même, qu'un traumatisme survienne, arrachant, fracturant ces exostoses, les douleurs pourront encore s'installer.

Est-ce à dire que la talalgie n'existe pas en dehors des exostoses calcanéennes et que l'inflammation pure et simple de la bourse séreuse ne peut pas la produire. Certes non. Voici comment, d'après nous, il faut comprendre la pathogénie de la talalgie.

Il existe deux variétés de talalgie.

1° La *talalgie avec exostose*, qui nous paraît être la variété la plus fréquente. Dans cette variété, la genèse des accidents nous semble être la suivante.

Il existe chez un sujet depuis des années une exostose sous-calcanéenne, mais peu à peu, sous l'influence de traumatismes répétés, de la marche et de la station debout (garçon de café, sergent de ville, etc.) les parties molles sous-jacentes au squelette sont irritées, il se forme un hygroma chronique ou bien encore le tissu fibro-graisseux de la région est chroniquement enflammé, ou enfin les filets nerveux voisins sont atteints de névrite (cas de Brousse et Berthier) ; toutes ces lésions des parties molles occasionnent des douleurs dont la cause première réside dans l'exostose.

2° *La talalgie sans exostose.* Dans cette variété la cause unique des douleurs est généralement l'hygroma de la bourse séreuse sous-calcanéenne.

Sous l'influence du traumatisme, mais surtout, et c'est là le facteur dominant, sous l'influence de la blennorhagie, cet hygroma s'installe.

Cette interprétation des faits nous conduit à une thérapeutique nouvelle.

Et d'abord lorsqu'un sujet souffre de talalgie, que cette dernière soit survenue spontanément, à la suite d'un traumatisme, ou sous l'influence d'une infection blennorhagique, il est indispensable de faire radiographier le pied du malade afin de voir en présence de quelle variété de talalgie on se trouve. S'il existe une exostose, il est nécessaire d'en pratiquer l'ablation en enlevant en même temps le périoste qui la recouvre, la bourse de Lenoir et le tissu cellulo-graisseux souvent enflammés. D'ailleurs de toute façon l'opération sera ainsi conduite :

On fait une incision en fer à cheval sur le talon, allant jusqu'à l'os. On rabat en avant le lambeau cutané et avec lui le coussinet graisseux qui le double. On examine ces parties molles, si la bourse séreuse ou le tissu graisseux sont enflammés, on les enlève. On examine alors soigneusement le squelette ; s'il y a une exostose, et toujours la radiographie l'aura montrée, on incise au-devant d'elle les muscles de façon à libérer sa pointe pour abattre toute la saillie avec le ciseau en enlevant avec elle son périoste.

Beaucoup de récidives de talalgie sont dues probablement à ce fait qu'on avait cru à un simple hygroma et qu'on a enlevé la bourse séreuse sans examiner le squelette.

Anatomie et pathologie du canal mandibulaire. Les accidents de la dent de sagesse ;

Par le Dr G. ADAIN.
Ancien interne des Hôpitaux de Versailles.

Tout le monde connaît les accidents qu'entraîne parfois l'éruption tardive de la dent de sagesse. Nous ne passerons pas en revue l'historique très long que comporte la question depuis Avicenne, Urbain Hémard, Fauchard, Jourdain jusqu'à Heydenreich, et jusqu'aux travaux modernes. Il n'est guère de question plus observée, plus décrite. Et malgré cela on peut faire dans son histoire deux chapitres : le plus long, qui va du 16e siècle à Heydenreich (thèse d'agrégation), le plus petit, de Heydenreich à nos jours. Pendant la première période, pour ne parler que des données pathogéniques, on ne tient compte que d'une théorie, la théorie mécanique : l'espace qui sépare la 2e molaire de la branche montante est trop étroit. La dent, comprimée dans sa loge, fait éclater des accidents, et tout le cortège des suppurations découle de la seule irritation des tissus.

On nous expliquera plus tard (Mad. Pelletier) qu'il s'agit là d'un fait d'évolution, que la région post-molaire se rétrécit avec l'âge des peuples, que, très large chez des races inférieurs prognathes, elle tend à disparaître chez des races évoluées ; la dent de sagesse disparaît en un mot faute de place, mais son évolution à l'étroit amène des complications de toute nature : douleur, suppuration nécrose, névrite etc.

Pendant la 2e période, on n'est pas satisfait de ces données, qu'on relègue au second plan. On fait la classification des causes : la théorie mécanique devient une cause adjuvante, tandis que la théorie microbienne détermine les accidents. L'application des découvertes pastoriennes fait tout d'un coup tomber ici, comme ailleurs, les idées recueillies par de nombreuses générations. Les observations ne subsistent qu'en tant qu'observations cliniques. Et ce fait a immédiatement d'autres conséquences : celles de rattacher des symptômes entre eux, et de les faire découler les uns des autres depuis le symptôme initial. On arrive ainsi à ne plus considérer certaines manifestations que comme des phénomènes secondaires, au grand bénéfice du diagnostic d'abord, et du traitement ensuite. C'est là tout l'intérêt des théories modernes que nous allons exposer.

Théorie de Redier.—Cette théorie se résume tout entière dans l'axiome suivant : « les accidents ne se produisent jamais avant que la dent ait percé la muqueuse ». Il est facile dès lors de comprendre ce qui se passe après la perforation d'une gencive résorbée : le bourrelet se décolle sous la poussée dentaire et, par la petite porte ouverte tout autour du petit grain de riz qu'est le tubercule, la flore buccale, avec la salive et les débris alimentaires, trouvent un abri pour la pullulation des germes. Il se fait là un foyer d'infection qui gagne les territoires voisins, mais on ne dit pas comment. Au reste, il faut avouer qu'il s'agit là d'une partie seulement de la question : celle des accidents muqueux, car il existe des dents incluses, à l'abri des germes buccaux. Et même quand il s'agit de dents partielle-

ment sorties, on s'attendrait à voir de semblables accidents affecter les autres dents, dont le processus éruptif est analogue.

Théorie de Capdepont.— C'est d'ailleurs sur ce point que s'appuie Capdepont pour consolider la théorie de Redier, à l'aide d'un mécanisme spécial. Pour lui « il est peu probable que des germes ayant pénétré par une ulcération superficielle puissent, sans exaltation préalable de leur virulence, l'attaquer de dehors en dedans. Il faut « un vase clos » pour que les germes se développent.

Et c'est dans l'interprétation très ingénieuse de la radiographie qu'il le découvre : la dent de sagesse s'oriente d'arrière en avant, vient butter de front contre la 2e molaire, et c'est dans ce glissement en force contre sa voisine qu'elle coupe son sac folliculaire, et l'ouvre dans un petit cul-de-sac rétro-molaire, où les germes buccaux sont accumulés. Ils pénètrent dans le sac. La moindre réaction muqueuse ferme l'orifice et voilà le vase clos constitué. De là l'abcès gagne les régions voisines par le système des lymphatiques. Très jolie comme théorie, il faut admettre néanmoins qu'elle est incomplète. Quand la 2e molaire est absente même depuis longtemps, quand son alvéole est comblé, comment les accidents de la 3e molaire peuvent-ils éclater ? Capdepont invoque alors une fistulette invisible qui, du sac folliculaire de la dent de sagesse, s'ouvre dans l'alvéole voisin infecté. Il y a là un point faible qu'on ne peut contester et qui suffit à réserver cette théorie à des cas spéciaux. Quant aux lymphatiques, il faut bien admettre qu'ils suivraient, dans la localisation de certains accidents auriculaires ou craniens, une distribution mal connue et que l'auteur a le tort de ne pas expliquer.

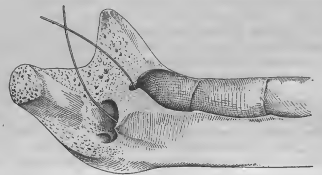
Théorie de Moty.—La théorie de Moty date de 1901. « A l'avènement des doctrines microbiennes, dit-il, on trouve sous la gencive des brèches multiples ; mais alors pourquoi cette localisation spéciale à la dent de sagesse ? La discussion fut soulevée à la Société de chirurgie à propos de l'angine de Ludwig. On vit alors « qu'on associait dans la pathogénie des accidents les traumatismes répétés, la compression ou l'étranglement, et l'infection par un microbe variable». Cependant il était toujours impossible d'expliquer par ces éléments pathologiques les accidents qui surviennent après l'éruption des dents de sagesse saines ayant eu toute la place nécessaire pour évoluer et même très au large dans l'arcade. «Dès lors nous fûmes amenés à émettre dans la discussion l'opinion suivante : quelle raison donner de cette suppuration naissant dans la profondeur sans que l'on puisse trouver les voies d'accès des germes extérieurs ? » Et Moty explique la formation de l'abcès par la suppuration des débris épithéliaux appendus aux racines dentaires ! Mais il est difficile d'admettre des débris épithéliaux suppurant d'eux-mêmes et la théorie de Moty reste incomplète faute d'une voie d'accès suivie par les germes pathogènes.

Nous sommes amenés dès lors à exposer notre théorie qui nous fut inspirée par le Dr R. Robinson, et par une communication qu'il fit à l'Académie des sciences en 1906.

Les figures jointes au texte nous permettront d'être bref.

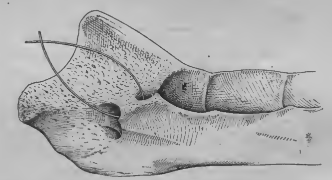
Il existe chez les fœtus, à côté des deux canaux dentaires transitoire et permanent, un troisième canal dentaire, que Robinson a appelé canal mandibulaire, pour l'assimiler au 3e canal que W. Krause décrivit sur le maxillaire du lapin. Ce 3e canal semble présider au développement des follicules dentaires de la 3e dentition. Il apparaît vers le 6e mois, s. forme grâce à un petit pont osseux émané de la lame de Spix, et qui vient isoler un petit canal, de la gouttière maxillaire.

Nos figures dessinées d'après 3 maxillaires de 6, 7 et 8 mois 1/2 montrent comment se forme le canal mandibulaire. Dès lors, il s'accroît comme l'os, débouche dans le canal dentaire permanent et s'ouvre en arrière de la dent

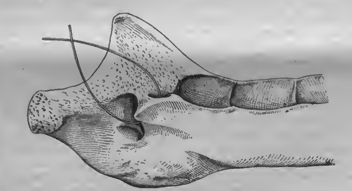


Maxillaire d un fœtus de 6 mois, blanche du canal mandibulaire.

de sagesse dans le tissu aréolaire rétro-dentaire. La radiographie fait voir son trajet en général coudé, parfois direct ainsi que le montre un dessin sans explication exécuté par Jacob dans l'atlas de Bourgery. Ce canal en général disparaît vers la 8e année, à l'âge où les dents de sagesse sont ébauchées. Son rôle est alors fini, il doit disparaître par un processus analogue à la disparition du canal dentaire inférieur chez le vieillard après la chute des dents. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le canal persiste souvent et demeure toute la vie ; nous l'avons retrouvé à



7e mois. — Le pont osseux, parti de la lame de Spix, se rapproche de la table externe.



8 mois 1/2. — Le canal est complet fermé vers la gouttière maxillaire.

divers âges chez l'adulte et le dessin que nous présentons montre son ouverture derrière la dent de sagesse.

Or ce canal contient une veine, une artériole, un rameau nerveux, branches des vaisseaux et nerfs dentaires. Nous l'avons vu par la dissection et par l'injection des vaisseaux.

Donc il reçoit le contre-coup de tout ce qui circule dans le réseau de la maxillaire interne, dont la veine dentaire inférieure est un rameau de 1er groupe, et réciproquement toute irritation, toute affection veineuse, émanée du canal mandibulaire, pourra et devra avoir une systématisation rigoureuse.

Partant de ce point de vue, auquel nous conduit l'étude anatomique, il nous était aisé de voir qu'elle concordait avec les études anatomo-pathologiques de Moty d'une part, avec les observations cliniques d'autre part. Moty montrait qu'il s'agissait de « phénomènes d'ostéomyélite, dont la voie de propagation n'est autre que le canal dentaire inférieur », et Tuffert, Gaujot, M. le Dr Mouchet dans une observation qu'il a bien voulu nous confier, constataient des phénomènes infectieux du côté de l'amygdale, du palais de l'os maxillaire, de l'œdème, des phénomènes de myosite interstitielle, des névrites parfois graves, et le tableau superposé, pour ainsi dire, à la distribution de la veine maxillaire interne, se terminait dans plusieurs observations par une sinusite mortelle. Dans nombre de cas on trouve l'otite moyenne, la kératite, la parotidite, etc. et nous savons qu'il s'agit là de territoires en rapport plus ou moins direct avec la dent de sagesse par



Maxillaire, 23 ans. — Trajet du canal mandibulaire.

le système veineux. Nous avons donc le droit de conclure nettement que :

1° La systématisation des suppurations et des accidents nerveux implique la systématisation des voies d'accès.

2° La veine mandibulaire, quand elle persiste, constitue la porte d'entrée des germes, au point physiologiquement irrité par la dent de sagesse évoluant dans un espace étroit.

3° La distribution de la veine maxillaire interne explique la distribution des lésions.

4° Réciproquement, elle peut expliquer le point de départ de l'infection.

Voilà donc trop brièvement résumée la théorie que nous donnons des accidents de la dent de sagesse. Nous n'avons pas la prétention de changer quelque chose au traitement qu'ils comportent. Le traitement n'a pas varié depuis les temps anciens où Fauchard, Bourdet, faisaient sauter la dent de sagesse, ouvraient les abcès, traitaient les fistules en retirant les séquestres. Il est aujourd'hui moins timide parce qu'il est plus sûr de sa technique : les incisions se font plus larges, les grattages et les résections plus complets, mais il reste un traitement symptomatique comme autrefois.

Il n'en est pas de même du diagnostic et c'est là que notre théorie peut avoir un intérêt, parce qu'elle permet de voir autre chose qu'une lésion locale. Il faudra penser à la dent de sagesse en présence d'une otite moyenne, d'une parotidite, d'un phlegmon de l'amygdale, d'une thrombo-phlébite de la jugulaire externe, et parfois pris à temps, le traitement de la cause permettra d'arrêter les progrès de l'infection. Au reste toute suppuration, toute réaction nerveuse, dans le territoire de la maxillaire interne, devra faire penser à la dent de sagesse. Le pronostic peut-il être amélioré parfois ? Nous le croyons aussi et chaque fois qu'on notera le signe donné par Vincent, l'anesthésie du nerf dentaire inférieur ; il sera bon d'intervenir hardiement, d'aller trépaner au point où se trouve la dent de sagesse incluse pour éviter les accidents qui déjà se signalent dans le canal dentaire inférieur par la névrite et par un processus infectieux atteignant les vaisseaux pour se propager de là dans une zone où le pronostic s'égare quelquefois.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

J.-J. Rousseau s'est-il suicidé ?

On a beaucoup écrit sur la maladie de J.-J. Rousseau, mais on a tout autant discuté sur la cause de sa mort. Le lendemain même, de méchantes langues prétendirent que le philosophe s'était suicidé, d'autres furent jusqu'à affirmer qu'il avait été assassiné.

Corancez fut le premier qui, dans le *Journal de Paris*, an VI (1798), vingt ans après la mort de Rousseau, donna quelque consistance à la légende du suicide. Cette légende paraît avoir eu son origine dans la correspondance de Grimm, un des ennemis les plus acharnés de J.-J. Rousseau. Et, en 1788, Mme de Staël émit de nouveau cette hypothèse.

Bien que Thérèse Levasseur eût vivement protesté, dans une lettre à Corancez, le suicide de Rousseau fut tour à tour admis par Barruel-Bouvert en 1811, par Musset Pathay en 1823, par St-Marc Girardin, et enfin Villemain en 1840.

Cependant la publication des pièces de la constatation de la mort et du procès-verbal de l'autopsie de Rousseau avait été faite et le suicide ne pouvait plus guère être accepté à cette époque.

Néanmoins, en 1866, Dubois, d'Amiens, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, reprit l'étude de cette question et dans une communication célèbre : *Recherches sur la mort de Rousseau*, conclut catégoriquement à la mort volontaire. Depuis, nombre d'historiens et, notamment Alfred Bougeault, dans son *Etude sur l'état mental de Rousseau et sa mort à Ermenonville* (1883), admirent le suicide, se basant sur la seule opinion de Dubois, d'Amiens, revêtue à leurs yeux d'une autorité indiscutable, comment douter, en effet, de l'infaillibilité en pareille matière d'un secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

La découverte, en 1907, du dernier testament en date (1763) de Rousseau par M. Théophile Dufour, de Genève, a donné à l'étude historique de ses maladies et de sa mort un regain d'actualité.

Dans ce testament, le philosophe relatait des renseignements très précis sur l'état de sa santé et réclamait l'autopsie en indiquant quelques particularités pour guider l'examen des chirurgiens appelés à la pratiquer.

Tout dernièrement, le Dr Fabien Girardot, reprenant la question, a écrit une très intéressante étude médicale sur

la *mort de Jean-Jacques Rousseau* (Maloine édit., 1909). L'auteur y passe en revue toutes les opinions émises et, à propos du suicide, examine les raisons qui auraient pu pousser Rousseau à y avoir recours. Serait-ce l'infidélité de Thérèse Levasseur ? Ce fut l'avis de Mme de Staël ; mais doit-on sérieusement le discuter. Loin d'être jaloux de Thérèse Rousseau avait pour elle, surtout à l'époque de sa mort, un amour plus que pondéré. Grimm, qui considérait Rousseau comme un fou, donna comme argument en faveur de la mort volontaire la crainte de la publication prématurée des *Confessions* ; ce qui nous paraît encore plus douteux. L'abandon du philosophe par ses amis ne saurait non plus être mise en cause, puisque c'était lui-même qui recherchait l'isolement et la solitude. On a insinué qu'il avait une grande aversion pour le séjour d'Ermenonville où M. de Girardin l'avait si hospitalièrement recueilli ; on a parlé encore d'embarras d'argent, mais sur quelle base sérieuse reposent donc tous ces racontars ?

Dubois, d'Amiens, en quête d'une preuve médico-légale, a invoqué en faveur du suicide l'état mental du philosophe. Rousseau, à son avis, était fou, mélancolique, lypémaniaque, donc il devait se suicider. Or il se trouve que, tout au contraire, l'état mental de Rousseau s'était singulièrement amélioré à la fin de sa vie et qu'à Ermenonville il ne se croyait plus persécuté. Son médecin, Le Bègue de Presle, avait noté avec soin que Jean-Jacques jouissait à Ermenonville « de la sérénité et de la tranquillité d'esprit nécessaires pour espérer y vivre quelques années en paix et dans la retraite. »

En somme, le prétendu suicide de Rousseau ne repose que sur de vagues suppositions qui ne peuvent résister à l'examen sérieux, il suffit pour s'en convaincre : 1° de lire les récits de sa mort par M. de Girardin et Thérèse Levasseur ; 2° d'examiner l'acte de constatation du décès signé par Louis Blondel, lieutenant du bailliage et vicomté d'Ermenonville, et des chirurgiens, Chenu, d'Ermenonville et Bouvet, de Montagny ; 3° d'étudier enfin le procès-verbal de l'autopsie pratiquée par Castarès, lieutenant du premier chirurgien de Senlis, assisté par les deux chirurgiens ci-dessus et en présence de Le Bègue de Presle, docteur de la faculté de Paris, et de Buslé de Villeron, médecin à Senlis. Libre à Dubois, d'Amiens, en sa suffisance, académique sans doute mais certes peu scientifique, de juger tous ces gens comme des imposteurs, sans avoir relevé contre eux le moindre indice qui pût permettre à pareille accusation de se produire ; libre à d'autres de pousser plus loin les fantaisies de leur imagination et de voir les trous d'entrée et de sortie d'une balle de pistolet dans la meurtrissure que se fit Rousseau en tombant lors de l'apoplexie qui causa sa mort, meurtrissure que le masque moulé par les soins de Houdon mit en évidence. Mais ce dont personne ne saurait douter de bonne foi aujourd'hui, c'est que Rousseau est mort d'une crise apoplectiforme provoquée par de l'œdème cérébral et un épanchement séreux intra-cranien (apoplexie séreuse comme on le disait alors) et que ces lésions étaient très vraisemblablement dues, comme le croit le Dr Girardet, à une attaque d'urémie, conséquence d'une néphrite chronique.

Aussi on peut affirmer aujourd'hui sans témérité que Jean-Jacques Rousseau ne s'est pas suicidé. J. NOIR.

MÉDECINE PRATIQUE

—

Antisepsie et service de santé en campagne (1) ;

Par M. COINDREAU

Médecin-major de 1re classe du 99e régiment d'infanterie.

Les manœuvres spéciales du service de santé dans le XIVe corps ont présenté, cette année, un intérêt tout particulier. Il s'agissait d'y expérimenter le fonctionnement du service d'après les données du nouveau règlement. Bien qu'il ne fût pas encore promulgué, les dispositions de ce nouveau règlement étaient suffisamment connues pour qu'il fût facile d'en essayer l'application.

Autant qu'il nous a été possible de nous en rendre compte, le nouveau règlement réalise de réels progrès et comble, pour le mieux, les désidérata depuis longtemps exprimés par la majorité du corps de santé.

Pour ne considérer que le service de l'avant, le plus important et celui qui donnait lieu aux principales critiques, les nouvelles dispositions du service régimentaire et la substitution aux diverses catégories d'ambulances et aux hôpitaux de campagne, de formations légères, de même constitution et par conséquent interchangeables, contituent de très réels progrès.

A notre humble avis, le nouveau règlement solutionne de la façon la plus sage et la plus heureuse les points controversés au sujet du service régimentaire. La question du maintien ou de la suppression du poste de secours était particulièrement importante. Les uns voulaient le conserver, alors que d'autres, se basant sur l'impossibilité dans laquelle on se trouve la plupart du temps de faire une installation quelque peu complète, en demandaient la suppression. Le nouveau règlement le conserve comme formation de première ligne non obligatoire, mais possible, et nous estimons qu'il a raison. Nous sommes de ceux qui croient que le poste de secours, qui autrefois a rendu de réels services, peut en rendre encore. Les Allemands n'en reconnaissent-ils pas aussi l'utilité ? Ils l'ont conservé dans leur règlement sur le service de santé en campagne.

C'est qu'il ne faut pas tabler à ce sujet sur ce que l'on voit aux manœuvres mêmes aux manœuvres spéciales du service de santé, où forcément, et par suite de nécessités matérielles, les opérations doivent toujours être menées avec une trop grande rapidité.

Il n'en sera pas toujours ainsi dans la réalité ; il n'est pas douteux — et les dernières campagnes modernes sont là pour en faire foi — que, dans certains engagements à allure rapide, on ne pourra que se borner à abriter pour le mieux les blessés que l'on rencontrera, à constituer les refuges ou nids de blessés prévus par le nouveau règlement ; mais il n'en sera pas toujours de même et il ne faut pas généraliser d'autre part, d'après l'expérience fournie par des campagnes coloniales effectuées avec de faibles effectifs partant très mobiles. Il est hors de doute que dans les cas d'une campagne sur le territoire, quand les énormes effectifs prévus seraient en contact, les opérations se dérouleraient à une toute autre allure et que les postes de secours auraient fréquemment toute facilité de s'établir et de faire œuvre utile.

D'ailleurs, à notre avis, point n'est besoin d'une accalmie prolongée, d'un stationnement de quelque durée pour qu'il soit possible d'utiliser, dans une certaine mesure tout au moins, le personnel et le matériel du poste de secours, et la chose serait bien plus aisée encore si une légère amélioration, que nous nous permettons de proposer était apportée à ce matériel.

Quelle est actuellement la plus grosse difficulté qui se présente pour agir au poste de secours, et quel est le principal argument donné contre les postes de secours ? C'est la difficulté, l'impossibilité même d'après quelques-uns, d'y pratiquer l'antisepsie.

L'argument a toute sa valeur si l'on veut exiger une an-

(1) Extrait des *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires.*

tiseptie absolue, telle qu'on peut arriver à la réaliser dans une salle d'opérations d'hôpital, aménagée à grands frais ; mais, si l'on veut bien se contenter d'une antisepsie relative jugée suffisante pour la chirurgie de campagne par beaucoup de chirurgiens de valeur, par un maître comme Lucas-Championnière entre autres, pour n'en citer qu'un, la solution du problème paraît assez simple.

La chirurgie du temps de paix et celle du temps de guerre se présenteront toujours et forcément dans des conditions sensiblement différentes.

Au poste de secours, c'est en pleins champs qu'on opérera : là, l'air n'est, en général, pas vicié ; la plupart des blessures, au contraire, sont déjà plus ou moins souillées par le contact des mains, des vêtements, par les agents extérieurs, la terre, des débris de toute provenance ; là, l'important sera surtout d'agir vite, de déterger ces plaies au plus tôt, de les mettre le plus rapidement possible à l'abri de ces causes de souillure et de contamination.

Que manque-t-il actuellement au poste de secours pour permettre de réaliser une asepsie suffisante pour autoriser à intervenir auprès d'un blessé ? De l'eau stérilisée, de l'eau bouillie ou de l'eau bouillante.

De quels moyens disposons-nous, en effet, actuellement, dans le matériel de mobilisation pour obtenir de l'eau bouillie ? L'eau, il faut la prendre dans le tonneau de 30 litres, transporté par la voiture médicale ; ou se la procurer à des points d'eau à proximité. Comme moyen de chauffage, que trouvons-nous ? Une minuscule lampe à alcool, bonne tout au plus au flambage d'un instrument, si tant est que ce flambage puisse être considéré comme utile et suffisant. Pour avoir l'eau bouillante il faut donc allumer du feu sur un foyer improvisé, comme pour faire du café (et l'on sait comme la chose est aisée par certains temps et quand le terrain est détrempé) et faire bouillir dans le bidon de 10 litres transporté à cet effet. Les instruments ne peuvent être aseptisés que par le même procédé dans la bouilloire spéciale. Dans notre longue carrière régimentaire, il nous a été donné, maintes fois, l'occasion de tenter loyalement l'expérience au cours de manœuvres. Nous avons toujours dû renverser la marmite pour rejoindre la colonne avant d'avoir pu obtenir l'ébullition.

Alors que la question des cuisines roulantes — qui ont donné, paraît-il, d'excellents résultats dans la guerre russo-japonaise — est à l'étude pour la troupe ; alors qu'on cherche un modèle d'appareil pratique permettant de faire, pendant la marche, la soupe ou le café que les hommes pourraient ainsi trouver tout prêts à la halte, ne semble-t-il pas qu'il y aurait lieu aussi, pour le service de santé, de chercher le moyen de faire, tout en marchant, sa *cuisine chirurgicale* ?

Et il n'est pas même besoin pour cela d'une invention : une simple adaptation suffit. Ne voyons-nous pas, en effet, maintenant, la plupart des cantinières bien outillées porter, accroché au côté de leur voiture, un petit percolateur en cuivre, assez décoratif même, muni en dessous d'un petit réchaud à pétrole ou à alcool qu'il leur suffit d'allumer pour que se fasse seul, pendant la marche, et tout en suivant la colonne, le café qu'elles peuvent, dès lors, distribuer tout chaud à chaque halte ?

Quoi de plus facile que de porter, accroché par côté de chaque voiture médicale, un appareil du même genre, d'une contenance de 10 à 12 litres, que l'on pourrait allumer pendant la marche et qui fournirait immédiatement, pendant les arrêts, l'eau bouillie ou bouillante nécessaire pour la désinfection des mains, le lavage des plaies souillées, la préparation des solutions antiseptiques ? Pour les instruments, il serait facile de ménager à la partie supérieure un petit compartiment, un tiroir formant une sorte d'autoclave où il serait possible de placer les quelques instruments indispensables pour une opération d'urgence (quelques pinces à pression, une paire de ciseaux, un bistouri, une sonde cannelée, quelques aiguillées de soie munies d'aiguilles). On les trouverait ainsi toujours prêts à être utilisés, aseptisés par la vapeur ou par l'air sec, selon que le compartiment serait laissé ou non en communication avec l'eau bouillante sous-jacente.

Ne serait il donc pas possible, dès lors, de faire presque en marche, et pour le plus grand bénéfice des blessés, bon nombre de petites opérations d'urgence, d'extrême urgence si l'on veut, dont on semble de plus en plus vouloir interdire la pratique au poste de secours ? Il en est cependant qui semblent s'imposer : que faire en effet, par exemple, en face d'une blessure comme celle portée sur la fiche d'un blessé fictif qu'il nous a été donné de relever au cours des manœuvres : « section du poignet par coup de sabre » ? Une pareille blessure ne va pas sans une abondante hémorragie ; pour l'arrêter, la compression devra être énergique, difficile dès lors à supporter par le blessé pendant un certain temps et toujours douloureuse, et sera-t-elle suffisante ? Si rapide que l'on puisse supposer l'installation des nouvelles ambulances adoptées, plusieurs heures s'écouleront forcément avant que le blessé puisse y être évacué et pansé. Mettra-t-on des pinces à demeure, ainsi que le préconisent certains, des pinces non aseptisées, que l'on prendra dans les musettes ou dans la boîte du panier de chirurgie ? Mais n'est-ce pas infecter sûrement la plaie ? Et quelles difficultés pour appliquer un pansement quelque peu occlusif ! N'y aurait-il pas grand avantage à pratiquer la ligature dans la plaie, alors que la section est nette, toute récente, que les bouts des artères sont facilement visibles dans une plaie non encore déformée par la compression et le gonflement ? Et puis, ce poignet peut être incomplètement sectionné, ne tenir que par quelques lambeaux tout en étant impossible à conserver. Que d'avantages pour le blessé si l'on peut en achever immédiatement la section ! C'est à peine s'il sentira ; les tissus sont encore dans cette période d'anesthésie partielle qui suit le traumatisme, et, comme il souffrira moins ensuite avec un pansement simple une immobilisation facilement réalisable. Si la section est, au contraire, assez limitée pour que la conservation puisse être tentée, n'y a-t-il pas avantage à ce que la suture en soit faite le plus tôt possible ? N'est-ce pas un principe de chirurgie que toute réunion par première intention a d'autant plus de chances de réussir qu'elle aura été tentée plus tôt après l'accident ? Et il en est à peu près de même des plaies de toutes les régions ; il n'est pas douteux que, pour toutes ces petites opérations pour lesquelles quelques ligatures, quelques coups de ciseaux ou de bistouri ou quelques points de suture suffisent, intervenir le plus tôt possible, à condition de pouvoir le faire proprement, c'est tout d'abord épargner beaucoup de souffrances aux blessés, ensuite permettre de faire très simplement de petites opérations qui seraient beaucoup plus difficiles et plus pénibles quelques heures plus tard ; de plus, diminuer les dangers d'infection et de contamination de la plaie, augmenter d'autre part les chances de cicatrisation rapide et enfin mettre bon nombre de blessés en état d'être facilement et pour plus longtemps évacuables.

C'est dans ce sens et dans cet ordre d'idées que nous estimons que le nouveau règlement sur le service de santé en campagne a eu raison de conserver le poste de secours comme formation de l'avant. A condition de s'ingénier pour pouvoir y pratiquer une antisepsie suffisante, nous pensons qu'on pourra encore y faire, dans bien des circonstances, beaucoup et de bonne besogne pour le plus grand bénéfice des blessés et l'allègement du service des ambulances.

L'adoption d'un appareil dans le genre de celui que nous indiquons nous paraîtrait susceptible de réaliser un progrès dans ce sens. Nous ajouterons même que les nouvelles ambulances adoptées, sortes de postes de secours perfectionnés, destinées à venir s'installer très vite et tout à proximité des troupes engagées, se trouveront forcément en face des mêmes difficultés, ou à peu près, que le service régimentaire, pour l'obtention rapide de l'eau stérilisée actuellement indispensable pour la pratique de toute chirurgie. Un appareil semblable, d'un modèle plus grand au besoin, nous paraîtrait de toute nécessité à adapter à la voiture de chirurgie ; nous n'avons pas vu qu'elle comprenne, actuellement, rien d'analogue.

La France, habituellement toujours en première ligne, s'est laissé distancer par la Russie pour les cuisines roulantes. Alors que notre service de santé en campagne est en

voie de transformation radicale ; que notre matériel de réserve, profitant des enseignements des plus récentes campagnes, va être modifié de façon à réaliser les derniers perfectionnements à l'effet d'assurer une antisepsie aussi parfaite que possible en chirurgie d'armée, l'adoption d'un moyen facile permettant de préparer rapidement et pendant la marche même le premier élément de cette antisepsie pourrait peut-être contribuer à lui assurer la première place a l'avant-garde du progrès.

REVUE DES JOURNAUX

Comment enlever un appareil plâtré.

Bain préalable. — Manière de couper l'appareil. — Précautions à prendre pour la sortie de l'appareil. — Nettoyage du malade.

Bain. — Lorsque vous devrez enlever un appareil plâtré, vous ordonnerez au malade de prendre un bain. Vous en retirerez personnellement l'avantage de pouvoir sectionner le plâtre beaucoup plus aisément, et votre malade celui de ne pas recevoir d'à-coup brusque quand vous ouvrirez l'appareil.

Ce bain sera tempéré (36°, 37°), il durera vingt minutes et le malade y sera plongé tout entier. Cependant, si vous n'avez pas de baignoire assez grande, vous vous ingénierez à trouver un dispositif permettant de mettre dans l'eau le plâtre entier.

Manière de couper l'appareil. — Quand le malade n'aura pas pris de bain, l'enlèvement de l'appareil sera plus difficile ; il faudra, pour couper le plâtre sur toute sa longueur, une demi-heure, ou trois quarts d'heure, à moins que vous n'ayez une cisaille à plâtre.

Si vous ne possédez qu'un couteau, choisissez-le à lame courte et à manche épais, pour ne pas fatiguer la main qui fait effort. Ce modèle se trouve réalisé par le tranchet de cordonnier, dit *tranchet habillé*.

Avec ce couteau, entamez le plâtre, en creusant une rainure d'une largeur de un demi à 1 centimètre ; de temps en temps, raclez le fond avec la pointe du couteau et avancez ainsi de plus en plus profondément, élargissant au besoin la rainure. Respectez le jersey, que vous couperez avec des ciseaux, après avoir écarté les bords du plâtre.

Si vous avez un davier de Farabeuf, vous pourrez, en écrasant et tordant le plâtre, centimètre par centimètre, procéder un peu plus rapidement.

Si vous pouvez user d'un sécateur, ce sera parfait ; mais on y regardera à deux fois avant de vous le prêter à nouveau, car il aura besoin d'un aiguisage sérieux après votre opération.

Enfin, si vous avez la cisaille de Still, vous avancerez rapidement votre besogne.

Avec cette pince, vous couperez à la fois plâtre et revêtement.

Quand le plâtre aura été coupé ainsi sur toute sa longueur, écartez les bords de la fente. C'est à ce moment surtout que le malade appréciera l'effet du bain, car le plâtre ramolli s'ouvrira sans secousses.

Pour les éviter, autant que possible, faites au niveau du genou et de la hanche des incisions transversales, et ouvrez largement le plâtre de manière à ce que le membre soit bien dégagé.

Précautions à prendre pour la sortie de l'appareil. — Après vous être assuré que rien n'empêchera le malade de sortir de son appareil, soulevez-le en vous faisant aider par une ou deux personnes et transportez-le sur une autre table recouverte d'un drap bien chaud. Veillez avec le plus grand soin à ce que les articulations qui étaient enfermées dans le plâtre ne plient pas. Ne négligez pas de rassurer le malade ; habitué à avoir un tuteur qui lui manque, il a peur, se raidit, et, sous l'influence d'une contraction musculaire trop subite, on a pu voir des malades, au tissu osseux particulièrement fragile, se briser eux-mêmes un os. En effet, après la sortie de l'appareil, les os sont faibles, cassants ; aussi vous interdirez pendant quelques jours tout effort du membre déplâtré.

Nettoyage du malade. — La peau qui était sous le plâtre est recouverte des débris épithéliaux retenus par l'appareil ; pour la nettoyer :

Si vous devez immédiatement après remettre un nouvel appareil, vous la frottez doucement avec un tampon d'ouate imbibé d'éther.

Si le traitement par le plâtre est fini, vous vaselinez simplement la peau, et, deux jours après, vous la nettoyez à l'éther ou à l'eau de Cologne, ou vous ordonnez un bain. (*Journal des Praticiens*, 1909, p. 601).

L'ileus biliaire.

A propos de l'ileus biliaire, ou obstruction de l'instestin par un calcul biliaire, M. Quénu donne les éléments suivants de diagnostic :

Tout d'abord, il est généralement possible, au moins dans un certain nombre de cas, si on est appelé avant que les signes de péritonite généralisée n'aient effacé toutes les nuances cliniques, de reconnaître le siège grêle de l'occlusion. Dans les cas d'arrêt à peu de distance du duodénum, vous avez justement le syndrome présenté par notre malade : le contraste entre la fréquence et l'abondance des vomissements d'une part, et l'absence de météorisme ; la réaction est plus gastrique qu'intestinale, je n'ai pas besoin d'y revenir.

En cas d'arrêt dans l'iléon, le syndrome occlusion intestinale est au complet, mais le ballonnement, au moins au début, est plus médian, on ne retrouve pas le cadre du côlon distendu comme dans les obstructions qui occupent le gros intestin. Peut-on aller plus loin encore et soupçonner la cause biliaire de l'ileus ?

Un premier élément de diagnostic de très grande importance nous est fourni par le passé lithiasique du malade ; il faut penser à l'ileus biliaire quand les signes d'obstruction éclatent chez des malades qui ont eu des coliques hépatiques, et surtout quand une violente crise hépatique, correspondant peut-être à une migration cholécysto-intestinale d'un calcul, a précédé de peu de temps la crise d'occlusion.

Un autre signe a été donné, connu sous le nom « d'hémorragie prémonitoire » ; on a observé parfois, plus ou moins longtemps avant la crise d'obstruction intestinale, une petite hémorragie duodénale ayant fait penser à un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Cette hémorragie correspondrait précisément à la phase d'ulcération cholécysto-duodénale ; il faut, malheureusement, reconnaître que la perforation cholécysto-duodénale est le plus souvent latente, tant au point de vue des phénomènes douloureux que de la production d'une hémorragie.

L'allure rapide de l'ileus doit faire penser à la possibilité de la nature biliaire de l'occlusion.

Un dernier signe, enfin, et non le moins important, nous est fourni par la palpation abdominale : c'est la constatation d'une tumeur extrêmement dure, plus dure que toute autre espèce de tumeur. Malheureusement, la perception de la tumeur calculeuse est rendue le plus souvent difficile, sinon impossible, par le ballonnement du ventre.

Toutefois, dans les cas où le météorisme est peu marqué, soit par suite du siège élevé de l'occlusion, soit par suite de la forme chronique de celle-ci, la palpation est facile et il ne faut pas manquer d'y recourir ; palper spécialement la fosse iliaque droite et explorer la cavité pelvienne à l'aide du toucher rectal ou vaginal. (*Le bull. méd.*)

L'anesthésie locale.

Stovaïne, coca-stovaïne, novocaïne, voilà des analgésiants admirables et qu'on peut manier sans danger. Comment donc se fait-il que l'anesthésie locale n'ait pas fait des progrès plus rapides et que tant de nos collègues lui préfèrent l'anesthésie générale ou la rachi-anesthésie, dans les cas fort nombreux où ils ont le choix entre les trois méthodes ? Certes, on ne m'entendra jamais médire du chloroforme, — lui seul peut suffire à tout et remplacer les deux autres, tandis qu'aucun des deux autres ne peut, dans beaucoup de cas, se substituer à lui. Nous sommes tous d'accord là-dessus et je ne parle ici que des interventions où le champ opératoire a des limites assez précises et assez restreintes pour autoriser le chirurgien à choisir entre les anesthésiques.

Si nous avons le choix, nous réprouverons le chloroforme ou l'éther, ou tous les anesthésiques généraux à cause de leur danger ; ils peuvent tuer, ils tuent encore trop souvent, et presque toujours dans des conditions encore si obscures que l'observateur ne sait quelle faute a été commise et comment on pourra

l'éviter à l'avenir. On purifie de plus en plus les substances, on imagine les appareils les plus ingénieux, et cependant chaque année, même dans nos hôpitaux, même avec nos produits rectifiés, nos aides autorisés et nos engins perfectionnés, les tables de mortalité sont toujours grevées d'un nombre important de décès imputables au chloroforme. Nous savons aussi le choc pulmonaire, les empoisonnements qui retentissent sur le foie, sur l'économie tout entière, et il faut ajouter aux morts dramatiques pendant l'intervention, les morts plus tardives qui lui sont dues et dont on commence à démêler la fréquence.

Avec l'anesthésie locale, pas de mort : voilà 23 ans que j'y ai recours, voilà plus de dix mille interventions pratiquées par mes élèves ou par moi, et ma table de mortalité immédiate est encore intacte; je ne connais pas non plus de mort tardive qui puisse être raisonnablement attribuée à l'analgésique, et, par surcroît, nous n'avons pas ces embarras gastriques, ces vomissements, ces nausées, cette sorte de détresse physique qui trop souvent, et pendant deux ou trois jours, poursuit le malheureux chloroformisé.

Si nous avons le choix, nous repousserons la rachi-anesthésie, parce qu'elle nous paraît aussi dangereuse que le chloroforme, aussi bien par les morts immédiates qu'elle provoque que par ses accidents tardifs ; ces accidents sont hors de doute et les faits graves qui y ont été rapportés sont trop nombreux et trop récents pour qu'il soit utile d'y revenir. Or, que de fois cette rachi-anesthésie a-t-elle été pratiquée, lorsque rien n'était plus simple que de recourir à l'analgésie locale ! Et j'ai pu, à cette occasion, rappeler à mes collègues, en me basant sur leurs propres statistiques, que je me chargeais de faire avec l'innocente stovaïne ou novocaïne locale les deux tiers des opérations pour lesquelles il ne craignent pas de recourir à la dangereuse rachi-anesthésie.

Pourquoi donc ces collègues plus habiles et aussi consciencieux que nous et qui, autant que nous, désirent agir au mieux, négligent-ils cette anesthésie localisée ? Il n'y a qu'une raison : c'est qu'elle a besoin d'être apprise, et que l'apprentissage en est un peu long, car, tandis que l'anesthésie générale et la rachi-anesthésie, certainement plus délicates, s'apprennent une fois pour toutes et s'appliquent indistinctement à tous les cas, l'anesthésie locale varie avec chaque intervention : chacune d'elles nécessite une technique spéciale, et voilà ce qui a dégoûté nos collègues. Leurs tracés analgésiques sont vaguement exécutés, le patient souffre, et la méthode est condamnée par l'opérateur et le malade. (*Journal des Praticiens*, 1909, p. 596).

Rapport sur les services annexes de la mutualité maternelle.

Ce rapport se terminait par la résolution suivante :

Considérant qu'il est nécessaire d'assurer la surveillance de la gestation, reconnue indispensable par le corps médical, les mutualités maternelles devront exiger que toute femme enceinte, pour bénéficier des avantages de la mutualité, soit munie d'un certificat de surveillance émanant soit d'un docteur, soit d'une sage-femme agréée par la mutualité ;

Considérant qu'il est nécessaire d'assurer la surveillance de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 2 ans, les mutualités maternelles devront faire appel aux consultations maternelles, aux consultations de nourrissons, aux gouttes de lait, chaque fois qu'il en existe, avant comme après l'accouchement.

Il est cependant désirable que les mutualités maternelles disposent dans l'avenir de ressources suffisantes pour organiser elles-mêmes ces services, spécialement dans les centres où il n'en existe pas. (Henry. *La Clinique infantile*, 1909, p. 548.)

L'inosurie et ses rapports avec la glycosurie.

Nous nous croyons autorisé à admettre que — au moins pour ce qui concerne le règne végétal — la présence de l'inosite dans les tissus correspond aux exigences d'une forme ou d'une phase végétative. Une deuxième conséquence de nos recherches serait la constatation *d'une relation biochimique des plus étroites entre l'inosite, hydrate de carbone à constitution cyclique, et les divers sucres à chaîne linéaire.* Des déductions analogues se dégagent des constatations de même ordre faites dans le règne animal.

Nous rappellerons ici que pour isoler l'inosite d'un milieu organique complexe, tel que l'urine, il convient tout d'abord de faire subir au liquide une défécation en milieu légèrement acide, dans laquelle interviennent les sels de plomb, d'argent et de mercure : on précipite ensuite l'inosite en milieu exactement neutralisé au moyen du sous-acétate de plomb.

Nous rappellerons qu'il faut se méfier des réactions colorées que peuvent fournir des traces d'acide urique et de matière protéique ayant échappé à la phase de défécation. Aussi, pour caractériser l'inosite, une fois celle-ci isolée, ne peut-on se dispenser d'avoir recours à l'action successive du nitrate mercurique et de l'acétate de strontiane pour obtenir la réaction colorée, en deux phases, dont nous préconisons l'emploi exclusif pour échapper à toutes les causes d'erreur.

Nous nous proposons d'exposer ici les résultats auxquels nous avons été conduits en étudiant avec M. Fleury les conditions dans lesquelles s'observe l'inosurie. Gallois avait rencontré l'inosite dans l'urine de quelques glycosuriques (1 fois sur 6 en moyenne) ; il avait décelé également cet hydrate de carbone dans l'urine des brightiques, mais avec une fréquence encore moindre que chez les glycosuriques. Il était indiqué de chercher à contrôler ces faits, aussi est-ce dans cette voie que nous nous sommes d'abord engagés. Mais, nous avons été arrêtés au début de ces recherches par la difficulté de séparer l'inosite des sucres proprement dits. En effet, la précipitation de l'inosite par le sous-acétate de plomb est contrariée par la présence d'un excès de sucre ; d'autre part, l'emploi du sous-acétate ammoniacal a l'inconvénient de provoquer l'entraînement de la totalité des hydrates de carbone. Nous avons pu cependant éviter la fastidieuse destruction préalable des sucres par la fermentation en opérant en liqueur suffisamment diluée pour atténuer le pouvoir dissolvant des sucres sur le précipité inosito-plombique. En possession de cette technique, nous avons constaté que *l'élimination d'une petite quantité d'inosite (0,25 à 2 grammes par litre), accompagnait toujours la glycosurie.*

Les recherches effectuées sur les urines des sujets non classés comme diabétiques ont donné quelquefois des résultats positifs, mais dans tous ces cas, une recherche minutieuse effectuée sur l'urine déféquée au nitrate de mercure a toujours révélé la présence simultanée d'une quantité de glucose supérieure au taux normal physiologique (fixé à 25 centigrammes pour 1.000 c.c., environ). Il s'agissait généralement là, en pareil cas, de glycosuries transitoires au cours de maladies infectieuses (rhumatisme aigu, grippe, pneumonie, pyohémie, pleurésie purulente, etc.), ou d'intoxications passagères, processus équivalents au point de vue de la réaction bulbaire, ou bien encore de rémissions momentanées d'un diabète arthritique.

Nous rappellerons à ce propos que la corrélation entre la glycosurie et l'inosurie est également mise en lumière — comme l'avait entrevu Gallois, et comme les expériences que nous avons faites avec Camus l'ont démontré — par la production simultanée de l'inosurie et de la glycosurie au moyen de la piqûre du plancher du 4e ventricule. Nous avons également pu vérifier l'existence de l'inosurie dans le diabète phlorhydzinique et dans le diabète expérimental par extirpation du pancréas.

Chaque fois qu'il nous a été permis de suivre un cas de diabète transitoire — soit clinique, soit expérimental, — nous avons pu constater que la phase inosurique débordait en quelque sorte la phase glycosurique.

Nous croyons pouvoir conclure de nos recherches que *l'inosurie est intimement liée à la glycosurie* (quelle que soit la cause de cette dernière) ; elle n'accompagne la polyurie que dans les cas où celle-ci est elle-même liée au syndrome glycosurique. *Sa constatation clinique comporte les mêmes indications au point de vue du diagnostic et du pronostic que la glycosurie elle-même, qu'elle paraît toujours accompagner, suivre ou procéder.* L'inosurie constatée seule doit faire soupçonner une glycosurie latente ou méconnue. Son association avec d'autres symptômes urologiques, tels que l'indicanurie, l'urobilinurie ou la rétention des chlorures, doit appeler l'attention du médecin ou du chirurgien sur l'insuffisance probable des glandes à sécrétion interne, et par conséquent sur une atténuation des défenses normales de l'organisme. (G. Meillere et P. Fleury. *Tribune médicale*, 1909, p. 565.)

Percussion monodigitale verticale et sus-épineuse pour dépister la bacillose au début.

Etant encore dans le service de nos maîtres de Paris, nous avons observé chez les bacillaires, tout à fait au début, une particularité non décrite ; en percutant avec un seul doigt placé vertica-

lement et avançant de gauche à droite dans toute la fosse sus-épineuse, certaines portions résonnaient submates par rapport à d'autres de la même fosse sus-épineuse ou par rapport aux mêmes portions de la fosse sus-épineuse opposée. Depuis, nous avons employé très souvent cette manière de percussion et les résultats ont paru très souvent probants. Pour pratiquer cette percussion dans la fosse sus-épineuse gauche, on place verticalement un seul doigt, par exemple l'index de la main gauche, et l'on percute avec l'index de la main droite. On commence par l'extrémité gauche et on avance vers la droite jusqu'à la colonne vertébrale. Dans la fosse sus-épineuse droite, on part de la colonne vertébrale pour atteindre jusqu'à l'extrémité droite. En percutant, on compare les divers points de la même fosse et avec les points correspondants de la fosse opposée.

En procédant ainsi, on trouve bien souvent, dans la bacillose au début, des petits points submats, dans une fosse sus-épineuse où ne se décelait rien par la percussion ordinaire.

Comment expliquer ce phénomène ? Un point lésé tout à fait au début, de volume très petit, se révélerait à la percussion monodigitale, tandis que la percussion ordinaire ne donne rien ? — Dr Léon Rabinovici (de Bucarest), *ancien externe médaillé des hôpitaux de Paris.* (*Journal des Praticiens*, 1909, p. 600.)

LE XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(*Suite*) (1).

—

Bactériologie anatomie pathologique.

J. W. Paviot, Lyon : **Histogénèse de l'Inflammation.** — La dilatation des vaisseaux anciens ou la formation de vaisseaux nouveaux se montrent toujours en même temps que l'augmentation de nombre des cellules dans l'inflammation de tout tissu normalement pourvu ou non de vaisseaux, cornée, valvules du cœur. L'irritabilité cellulaire, base de la théorie cellulaire, de l'inflammation de Virchov, est une vue de l'esprit ; la division indirecte des cellules est abandonnée aujourd'hui ; la karyokinèse paraît être le procédé d'accroissement réservé aux organismes en voie de développement et pas étendu aux organismes formés. La diapédèse, prouvée par l'expérience de Conheim, explique toute l'histogénèse de l'inflammation.

Au voisinage des oblitérations vasculaires spontanées (exemple : infarctus du rein), on observe toujours de l'inflammation, parce que ces oblitérations déterminent de la dilatation des vaisseaux collatéraux et qu'au niveau des parties à circulation ainsi accrue il se produit, en vertu de l'expérience de Conheim, une diapédèse de globules blancs et rouges et du plasma sanguin. Or, des artérioles oblitérées se rencontrent dans toute l'inflammation d'une certaine durée. Dans les inflammations aiguës un mécanisme semblable initial, portant sur les capillaires, est très probable, bien qu'il échappe à l'examen ; on peut invoquer soit les embolies microbiennes, soit les altérations de l'endothélium par des toxines.

Les états pathologiques ne sont que la déviation passagère ou permanente des phénomènes biologiques normaux ; l'inflammation résulte de la déviation de ces derniers, mais sans processus nouveau : l'hyperplasie cellulaire est une augmentation territoriale de nutrition et de de rénovation, contre-balançant la diminution sur des territoires voisins. Les nouveaux éléments peuvent édifier les productions exubérantes, de structure plus ou, moins parfaite, du tissu intéressé, ou s'organiser en tissu fibreux, sans caractères propres, mais il ne faut pas y avoir un phénomène de défense. Les éléments nouveaux peuvent, en effet, faire disparaître les anciens et même, déterminant de nouvelles oblitérations vasculaires faire continuer, par ce procédé, le processus inflammatoire. Ces constatations sont aisément applicables à l'histogénèse des inflammations suppurée, tuberculeuse et syphylitique : caséification, formation des gommes n'étant que le résultat des oblitérations vasculaires, cellules géantes n'étant qu'un accident particulier, mais non spécifique. Par voie de conséquence, on conclura que l'artério-sclérose ne doit pas être considérée comme une entité anatomique plus que clinique. Enfin il n'y a pas lieu d'admettre une inflammation tantôt interstitielle la prolifération cellulaire apparaissant toujours dans le tissu conjectif, atmosphère étendue entre les capillaires et les cellules propres des organes, avant les altérations de ces cellules propres.

M. A. Rodet (Montpellier). — **Connaissances actuelles sur les facteurs modifiant la virulence des microbes.** — L'auteur néglige ou suppose connus les « facteurs extrinsèques » des variations de virulence, c'est-à-dire les conditions déterminantes, pour étudier les « facteurs intrinsèques », en quelque sorte le mécanisme intime des variations. I. La propriété pathogène est essentiellement complexe ; on peut y distinguer trois éléments : A) acceptation du milieu animal en tant que milieu nutritif, c'est-à-dire état adapté à la vie biophytique. B) résistance à la défense de l'organisme, principes anti-alexiques, « agressine », capsules. Le pouvoir infectant est la résultante de A. et de B. C) élaboration de principes nocifs. C') de poisons généraux : holotoxiques, fonction holotoxigène ; C'') de poisons locaux : mérotoxiques, fonction mérotoxicogène.

II. Les facteurs intrinsèques de variations de virulence doivent être cherchés dans les modifications de ces divers éléments. 1. Ceux de l'atténuation et de l'exaltation peuvent être classés sous 3 chefs, correspondant à A. B. C. *a*) perte plus ou moins avancée de l'état adapté à la vie biophytique, par adaptation à la vie saprophytique, atténuation, ou au contraire exaltation, retour, ou perfectionnement de l'adaptation à la vie biophytique. *b*) amoindrissement de la résistance de l'agent infectieux à la défense organique, ou, inversement, renforcement de cette résistance. Ces variations du deuxième élément de la fonction pathogène sont souvent la conséquence d'oscillations de vitalité : le microbe résiste plus ou moins à la défense de l'organisme parce que sa vitalité est amoindrie ou accrue : parce qu'il est plus faible ou plus fort ; mais aussi ces variations peuvent être plus ou moins indépendantes du degré de vitalité, c'est-à-dire que la fonction spéciale de résistance peut varier pour son propre compte. *c*) amoindrissement et renforcement de la fonction d'élaboration des substances nocives ou toxiques, plus particulièrement de la fonction holotoxicogène : poisons généraux ; les variations de cette fonction pouvant être, elles aussi, parallèles à des oscillations de vitalités ou en être indépendantes. L'importance respective de ces trois facteurs diffère suivant que l'on considère les microbes agents d'infection proprement dite, ou les microbes à action toxique prédominante et à pouvoir infectant plus ou moins réduit. Pour les premiers, le plus grand nombre, les facteurs A et B jouent le rôle le plus important ; pour les derniers, la primauté appartient au facteur *c*.

2. Les variations relatives de la virulence, variations essentiellement relatives à telle ou telle espèce animale, « adaptation » au sens étroit du mot, qui paraissent jouer un si grand rôle dans la constitution des types naturels, ex. bacille tuberculeux, peuvent être expliquées : *a*) par une adaptation de la nutrition de l'agent infectieux au milieu spécial réalisé par une espèce animale ; *b*) par des modifications de la fonction spéciale de résistance, s'adaptant qualitativement aux moyens de défense de l'espèce considérée.

3. Enfin les variations de modalité, en partie responsables de la diversité des formes morbides déterminées par un même agent infectieux, ont leur raison d'être dans une adaptation plus étroite que dans les cas précédents, de nutrition *a*), ou de résistance *b*) aux conditions réalisées par un tissu ou un organe ; *c*) dans une modification portant isolément ou inégalement sur les divers éléments de la propriété pathogène, dissociant en quelque sorte les composants élémentaires de cette propriété.

M. Rosenthal (Paris). — **Sérothérapie et vaccination du rhumatisme articulaire aigu.** — Le rapporteur divise les recherches faites jusqu'à ce jour sur la bactériologie du rhumatisme aigu en quatre catégories : la première contient les résultats incertains des premiers temps et les résultats négatifs, dont beaucoup sont dus à des prélèvements tardifs, trop peu nombreux, ou à des erreurs de technique (insuffisante dilution du

(1) Voir l'avant-dernier numéro.

sang, recherche insuffisante des anaérobies). En dehors des cas de microbes banaux comme le staphylocoque doré, que l'on retrouve souvent en symbiose avec les germes suivants, deux théories se partagent la faveur des chercheurs. L'une (3e série des cas) est la théorie diplococcique, l'autre (4e série des cas) est la théorie de la bactérie anaérobie d'Achalme. La théorie du diplocoque est née avec les travaux de Leyden (94), de Triboulet (97), de Wassermann (99). La valeur du *micrococcus rheumaticus* est interprétée de deux façons différentes. Pour les uns, surtout Triboulet, de Paris, le diplocoque est identique à l'entérocoque de Thiercelin ; pour les autres Wassermann, Poyntown, Paine, Shaw, Conner, Walker, Herry, F. Mayer, Malkov, Predtodensky, Reyffel, Lewis, etc. (dont les travaux sont analysés), le diplocoque est un microbe spécifique à cause de sa vitalité, de la production d'acide formique, de sa non-purulence expérimentale, de la présence de sensibilisatrice dans le sang des malades, de son pouvoir hémolytique, de la reproduction expérimentale de la maladie chez les lapins. Tous ces caractères sont irréguliers et inconstants et le rapporteur, admettant l'identité du diplocoque avec l'entérocoque de Thiercelin, en fait un microbe d'infection secondaire ou concomitante sous une réserve faite plus loin. La théorie du bacille anaérobie d'Achalme est née avec les travaux de cet auteur (91). Elle trouve une force nouvelle dans les résultats positifs de l'hémobioculture (c'est-à-dire mise en culture du sang pendant la vie), réalisée par Thiroloix en 97. Elle s'affirme définitivement par les travaux de Carrière, Pic et Lesieur, Savtchenko, Melkich et surtout de Thiroloix et G. Rosenthal. Ces deux auteurs, dans une série de recherches, établissent que le bacille rhumatismal d'Achalme n'est pas identique au bacille perfringens, dont il est séparé par le chimisme (fermentation du saccharose avec inversion, nitrification des nitrates, non-fétidité des cultures, sporulation différente), l'aérobisation et l'expérimentation qui reproduit chez le lapin (Thiroloix) le syndrome arthro-viscéral. Avec une dilution suffisante du sang dans les milieux de culture. et l'emploi des *ballons cachetés* de l'auteur, l'hémiobioculture donne des résultats positifs très nombreux. D'ailleurs, la bactérie anaérobie se retrouve dans les cas simples ou compliqués, normaux ou anormaux de rhumatismes, dans le sang, les humeurs et les parenchymes (autopsies, cas d'Achalme et Thiroloix) ; jamais elle n'a été trouvée dans d'autres affections. *In vivo* ou *in vitro*, elle peut se transformer en diplocoque, ce qui explique dans quelques cas la présence du diplocoque (théorie du cycle bactérien). Après avoir démontré la puissance irrégulière des colloïdes (électrargol et électropalladiol), l'A. décrit son procédé de préparation du wright-vaccin rhumatismal, qui espacera les crises de rhumatisme, puis il passe à l'étude de la sérothérapie. Les essais de sérothérapie antidiplococcique n'ont donné en Allemagne aucun résultat : il n'en est pas de même de son sérum R préparé à l'Institut sérothérapique de Grenoble, sérum des chevaux vaccinés contre la bactérie anaérobie par l'injection de cultures d'abord aérobisées, puis anaérobisées. Sous l'influence de ce sérum, les arthropathies s'atténuent, la fièvre descend et les manifestations viscérales sont évitées. L'A. continue ses recherches commencées avec la collaboration de Thiroloix. D'ailleurs, il serait anticlinique de refuser aux malades traités par le sérum R. les bienfaits du salicylate ; l'auteur termine ce rapport riche en documents anciens et nouveaux en recommandant dans les cas graves, la formule nouvelle de traitement du rhumatisme, sérum R, salicylate de soude et électrargol avec emploi du vaccin dans l'intervalle des crises.

THÉRAPEUTIQUE

ARNOZAN et CARLES (Bordeaux): **Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des médicaments.** — On admet généralement que les médicaments absorbés circulent dissous dans le sang. Une série d'observations récentes montre que pour plusieurs subtances, il n'en est pas ainsi

Le trisulfure d'arsenic, le baume du Pérou, le calomel, l'iodoforme, les huiles, le mercure métallique, certains sels de fer et d'argent, etc., tout au moins lorsqu'ils sont introduits par la voie hypodermique, sont incorporés par les leucocytes et circulent dans le sang, non pas dissous, mais emprisonnés par ces globules. Il y a une phagocytose des remèdes. Au sein des leucocytes qui les ont emmagasinées, ces substances subissent des fortunes diverses ; les unes y sont modifiées et décomposées, les autres sont rejetées par les globules au sein de certains viscères où elles s'accumulent ; d'autres enfin sont éliminées avec les globules mêmes soit au niveau de la muqueuse intestinale. soit au niveau des ulcérations superficielles ou profondes, s'il en existe. Lorsque les leucocytes, au lieu de s'éliminer sur des surfaces libres normales ou ulcérées, se détruisent au sein même de l'organisme, il peut en résulter des modifications importantes de la secrétion urinaire au point de vue de l'acide urique et des phosphates, qui sont alors rejetés en quantités excessives. Les faits ci-dessus énoncés permettent de concevoir autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent certaines questions de thérapeutique générale. D'abord les substances médicamenteuses, circulant emprisonnées dans les leucocytes, et n'étant pas, comme on le croyait, en solution uniforme dans le sang, pourront s'accumuler en certains points de l'organisme et faire défaut dans l'autres. Par suite, certaines doses de remèdes, très minimes en apparence, pourront en réalité être très actives, étant donné que les leucocytes vecteurs les apportent de préférence au niveau des points malades. Cette migration des leucocytes chargés de remède explique la présence de quantités notables de poisons dans le pus des abcès artificiels provoqués au cours des intoxications (abcès de fixation). D'autre part, comme beaucoup de remèdes sont emprisonnés dans les leucocytes, ils risqueront de ne jamais rencontrer les agents pathogènes incorporés eux-mêmes à d'autres leucocytes et surtout libres dans les interstices cellulaires, et ainsi s'expliquerait peut-être l'échec des médications antiseptiques internes dans tant d'infections. Les faits signalés dans le rapport permettent de comprendre les bons effets de la diète au cours des maladies infectieuses ; des leucocytes surchargés de substances alimentaires ou médicamenteuses sont incapables d'une phacocytose active ; non repus, ils sont agiles et tout prêts à se saisir des microbes ou des toxines qu'ils rencontrent. Enfin, on peut se demander si les notions nouvelles acquises sur le rôle des leucocytes ne nous amèneront pas à réhabiliter de vieilles pratiques et d'anciennes doctrines. Les globules blancs s'incorporent les toxines aussi bien que les remèdes et éliminent les unes et les autres au niveau des points ulcérés ; ils peuvent transporter les autres d'un viscère à un autre. N'est-ce pas là toute la théorie des exutoires et des métastases ?

Ch. COLOMBO (Rome) : **Pharmacothérapie et physiothérapie.** — M. Colombo fait une étude comparative entre la Pharmacothérapie et la Physiothérapie, visant l'action physiologique et thérapeutique des agents chimiques et physiques sur l'organisme humain, à l'aide de la littérature médicale des dernières années et de sa personnelle expérience. Il considère trois éventualités dans lesquelles peut se trouver le médecin lorsqu'il s'agit du choix d'un remède.

Il demande une action qui peut être donnée aussi bien par un agent chimique que par un agent physique ; ou il demande une action qui peut être donnée seulement par l'agent chimique ; ou enfin il demande une action qui peut être donnée seulement par un agent physique. Dans le premier cas, l'A. n'hésite pas à affirmer qu'il faut préférer l'agent physique, pour les raisons suivantes :

1. L'agent physique constitue un stimulus extérieur, exactement connu dans son essence et par la réaction qu'il exerce sur l'organisme ; réaction qui est toujours la même pour le même stimulus, et proportionnée à l'intensité de l'action qui lui donne naissance.

2. L'agent chimique est destiné à agir dans l'intérieur de l'organisme, en contact avec les sucs organiques et cellulaires ; il s'ensuit que quand même nous connaissons très exactement sa constitution et son action *in vitro*, nous demeurons dans l'obscurité au sujet de sa constitution et de son action *in corpore*, et de la réaction qui suit de la part de l'organisme. Dans les autres deux cas, le choix est évident ; et l'A. en fait plus qu'une démonstration : une illustration par des exemples.

M. KOUINDJY (Paris) : **De l'application méthodique des agents physiques et principalement de l'application méthodique en kinésithérapie.** — L'application des agents physiques en médecine nécessite une méthode au même titre que n'importe quel

autre agent thérapeutique. La Physiothérapie a ses lois d'intervention, ses indications et ses contre-indications. De tous les agents physiques, l'électricité et la radiologie sont à peu près les deux agents physiques qui jouissent de la réputation des agents thérapeutiques ; malgré cela, leur application se fait en général, sans aucune méthode. Quant aux autres agents physiques : massage, mécanothérapie, gymnastique, aérothérapie,etc. la majorité des praticiens les traite par l'indifférence. Cette façon d'agir des médecins doit être attribuée à l'ignorance des propriétés physiologiques et thérapeutiques de ces moyens physiothérapiques. Le massage médical, tel qu'il est pratiqué par les masseurs et les masseuses diplômés ou non diplômés, n'est autre chose qu'une série successive des manipulations connues sous le nom : effleurage, pétrissage, tapotement, clapotement et mouvements passifs et actifs et appliqués uniformément à toutes les affections. Pour que le massage puisse être appliqué suivant chaque maladie et suivant chaque phase de la même maladie, il faut qu'il soit exécuté méthodiquement. Le massage méthodique est par conséquent, un agent thérapeutique dont chaque manœuvre masso-thérapique répond à chaque symptôme de l'affection traitée. Ainsi, chez les ataxiques tabétiques, l'application du massage méthodique dépend d'abord de trois grandes périodes de cette maladie : période préataxique, période ataxique et période d'impotence ; ensuite, de l'état d'hypotonie musculaire, de troubles trophiques, etc.

Dans le traitement des fractures, la kinésithérapie se résume aux effleurages et pressions superficielles, plus tard, quand le col est formé, aux pétrissages et pressions profondes, et enfin aux tapotements, roulement, et mouvements passifs et actifs. Le traitement kinésithérapique des entorses doit se faire, d'après Phélippeaux, en quatre temps. Par le massage abdominal superficiel on obtient un effet diurétique ; par le massage abdominal profond, un effet tonique. Méthodiquement fait, ce massage a encore une action dynamogénique sur le cœur. La gymnastique présente ses modalités absolument diverses. La rééducation n'est qu'une série d'exercices raisonnés et méthodiquement applicables.

L'hydrothérapie ne peut être utilisée avec plein succès que lorsqu'elle est appliquée d'une façon méthodique. D'où il suit que l'application des agents physiques en thérapeutique doit être soumise à une réglementation appropriée, basée sur les propriétés physiologiques de chacun d'eux et sur l'action rétrospective de chacun de ses éléments. L'application des agents physiques doit varier non seulement selon chaque maladie, mais également selon chaque malade et chaque phase de l'affection traitée. Leur application doit être réservée aux médecins seuls et à ceux qui sont suffisamment familiarisés avec leur emploi. Comme agents thérapeutiques puissants, ils doivent être interdits aux empiriques. La méthodicité en physiothérapie devient indispensable au double point de vue professionnel et scientifique.

M. ***Hasebrak*** (Hambourg) : **De l'action thérapeutique de la gymnastique active sur les troubles circulatoires.** — La gymnastique active amène l'augmentation des facultés d'endurance au travail musculaire. A cela se réduit, en somme, l'ensemble des résultats obtenus directement. Cette action se produit pour la gymnastique simple par l'activation de la circulation propre des muscles, au moyen d'exercices qui retentissent sur la musculature des vaisseaux. Pour la gymnastique plus compliquée (terrain gymnastique), selon les indications d'Oertels, on obtient un entraînement forcé de tout le corps.

La gymnastique forcée détruit encore les résistances de la circulation périphérique provoquées en partie par l'augmentation de la viscosité du sang. On ne peut plus admettre que la gymnastique puisse amener un renforcement du cœur, se traduisant au besoin par une hypertrophie, surtout pour un muscle cardiaque altéré.

P.K. Pel (Amsterdam) : **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine.**— L'auteur expose d'abord les raisons qui rendent si difficiles l'appréciation des mesures thérapeutiques contre la tuberculose pulmonaire chronique.

Le problème de la tuberculine reconnaît un côté théorique et un côté pratique. Son substratum théorique doit, dans l'état actuel de nos connaissances, être considéré comme rationnel car il s'agit d'obtenir une immunité active, par l'augmentation de la production d'anticorps. Cependant il se heurte encore à mainte objection. Les avis concernant l'efficacité de la tuberculinothérapie sont également très partagés. On indique les raisons de ces divergences.

Le fait expérimental où la tuberculine fournit surtout des résultats lorsqu'elle est employée dans des formes de début, peu avancées, non fébriles est évidemment explicable, mais cependant fort curieux. Les cas démonstratifs, pour juger de cette thérapeutique, ne devraient pas être les cas bénins, — qui guérissent souvent sans aucun traitement, mais des tuberculoses plus avancées, particulièrement des cas de tuberculose pulmonaire, restée stationnaire depuis un certain temps, et qui placée dans des conditions favorables ne présentent pas de tendance à l'amélioration. Les avis sur des points plus spéciaux concernant les indications, les dires, le choix des préparations les notions générales et locales, diffèrent également beaucoup chez les partisans du traitement par la tuberculine.

Même dans les cas où l'on se décide à employer la thérapeutique par les injections, il est difficile de faire un bon choix dans la masse des préparations existantes. On ne peut guère compter sur la méthode de Wright pour fixer les indications à l'aide de l'index opsonique, méthode qu'on n'oserait conseiller ; elle est trop sensible, trop délicate et variable dans ses résultats. Si l'on consulte les statistiques hospitalières des dernières années, on voit qu'elles sont favorables à la tuberculine. Mais l'expérience a également montré combien de déceptions presque tous les procédés thérapeutiques préconisés en ces dix dernières années contre la tuberculose pulmonaire ont apportées. Ils ont encore prouvé combien il existe peu d'observateurs calmes, objectifs et neutres. Aussi la méfiance et la prudence sont-elles absolument indispensables maintenant pour l'interprétation des mesures thérapeutiques. Il est très regrettable que les injections de tuberculine présentent aussi des dangers. Elles exigent de la part du médecin une connaissance précise et complète de la technique et un contrôle constant. Il n'est pas de la compétence de tout médecin de bien conduire une cure de tuberculine, de façon à soulager et non à nuire. Que le mot d'ordre soit : *« abstine, si methodum nescis»*.

Les susceptibilités individuelles pour la tuberculine sont soumises à des variations capricieuses inexpliquées. Celle-ci est facilement nuisible. Que l'on commence avec la dose minima et que l'on évite autant que possible toute réaction générale ou locale.

Cette dernière pourrait être salutaire, mais également funeste, et l'on ne possède malheureusement aucun moyen de déterminer d'avance son action. Dans le choix de la préparation, il faut encore procéder par tâtonnement et envisager la possibilité d'une anaphylaxie. J'ai également acquis la conviction que les injections de tuberculine peuvent provoquer des hémoptysies. En tous cas la confiance dans cette thérapeutique ne doit pas être suffisante pour nous faire rejeter comme inutiles les vieilles méthodes hygiéniques et diététiques. Jusqu'à nouvel ordre, il faut considérer la tuberculine comme une alliée dangereuse, surtout dans la main de ceux qui ne sont pas familiarisés avec elle. Si dans l'état actuel de nos connaissances, la tuberculine entrait couramment dans la pratique médicale, elle serait probablement dans l'ensemble plus dangereuse qu'utile. Il n'est pas exclu qu'une étude plus complète et plus approfondie du problème complexe de la tuberculine, auprès du lit du malade et au laboratoire, nous fournisse, un jour, des armes pour combattre une affection, qui entre toutes, est celle qui sacrifie le plus de victimes et dévore le plus d'énergies.

MÉDECINE INTERNE.

S. E. Henschen (Stockolm) : **Les bruits cardiaques fonctionnels systoliques.** — De grandes divergences existent dans la façon d'envisager les causes et la signification de ces bruits. Une solution théorique et pratique est nécessaire. Les théories les plus diverses ont été émises. L'auteur n'en rappelle que quelques-unes. Laënnec, Paul, Samson, reconnaissent comme cause de ces bruits un spasme du cœur et des vaisseaux. La mollesse du pouls et le peu d'élévation de la pression sanguine contredisent cette théorie. Les théories hématogènes ne fournissent

pas d'explication physique. La théorie de Sahli, qui rapporte ces souffles à l'augmentation de la rapidité de propulsion du sang n'est pas prouvée ; l'accélération du pouls ne les provoque pas.

La théorie de la sténose pulmonaire n'est pas prouvée davantage. La théorie cardio-pulmonaire de Potain veut expliquer des symptômes pathogènes par des processus pathologiques et conduit à une délimitation tout artificielle de la région précordiale. La théorie du frottement, de H. Millers reconnaît les mêmes objections. Aucune de ces théories ne s'appuie sur des faits et ne donne l'explication physique des souffles fonctionnels de l'anémie.

L'auteur déclare : tous les souffles systoliques fonctionnels sont uniquement de même nature, ceux de l'anémie, ceux du cœur gras, les soi-disant fébriles, etc., et reconnaissent comme origine la formation de tourbillons dans le sang (Wirbelbildung). Les caractères des souffles fonctionnels sont les suivants : ils sont doux, souvent perceptibles dans l'anémie dans le 2e espace intercostal gauche ; ils sont affaiblis par l'inspiration, quelquefois rendus imperceptibles ; le 2e bruit pulmonaire n'est pas renforcé, la cavité droite n'est ni hypertrophiée, ni même dilatée. La théorie explique cette particularité avec la constatation de certains faits. L'auteur a remarqué que le cœur gauche était toujours dilaté dans le cas de bruits fonctionnels systoliques. Le bruit fonctionnel est un bruit de dilatation provoqué par une occlusion insuffisante des valvules consécutive à la dilatation et par la contraction insuffisante du muscle cardiaque dégénéré ou intoxiqué par l'infection. La dilatation est constatée par la palpation et la percussion.

Le bruit fonctionnel est doux et court (insuffisance légère, de courte durée).

Le peu d'élévation de la pression sanguine explique l'affaiblissement du deuxième bruit pulmonaire et l'absence de dilatation du cœur droit. Les souffles de dilatation sont : anémiques, fébriles, diphtériques, rhumatismaux, dus au cœur gras, au cœur dégénéré, à la néphrite, à la maladie de Basedow. Si une hypertrophie se développe parallèlement à la dilatation (cœur forcé, néphrite chronique) il ne se produit pas de souffle. Le souffle diminue avec la régression de la dilatation.

ANALYSES

La formule hématologique chez les alcooliques. (*Gazetta degli ospedali et delle Cliniche.* Anno XXX, n° 89, 27 juglio 1909.)

L'examen de la formule hématologique chez les alcooliques nous présente : une quantité d'hémoglobine diminuée, une hyperglobuline augmentant avec l'invétération du vice. La formule leucocytaire montre une surabondance de polynucléaires. La suroxygénation extra-pulmonaire améliore l'état du sang chez les alcooliques.

L'auteur a examiné ses malades au point de vue de la durée du vice, de la nature des boissons, au point de vue du terrain qu'offraient les malades.

Les examens hématologiques faits ont donné ceci : la quantité d'hémoglobine oscille entre un minimum de 65 et un maximum de 105 ; le nombre d'érythrocites oscille entre un minimum de 1.325.000 et un maximum de 6.679.000 (dépassé) ; celui des leucocytes oscille entre 4.000 et 8.000 et au-dessus.

Les chiffres ci-dessus, en comparaison avec la durée du vice, le terrain, la nature des boissons, la quantité employée et après le traitement appliqué a conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Pour l'hémoglobine : à un minimum de 65.75 pour les malades atteints de : arthrite chronique déformante, hystérie masculine, gastropathie, cardiopathie ; *à une moyenne de* 80-95 pour les maladies comme : œdème angionécrotique, névralgie et arthralgie bronchiale, ischialgie, hépato-spléno-mégalie et artério-sclérose par infection chronique.

Une quantité plus grande, 95-105, pour les malades atteints de : diabète, catharre broncho-chronique, asthme bronchial, atrophie.

Pour les érythrocites, pour un minimum de 1.325.000 des maladies de forme chronique, œdème angionécrotique, cardiopathie, ischialgie ; *pour une moyenne de* 4.875.000, 5.250.000 : entralgie, dispepsie gastrique.

Pour un maximum de 5.263.000 : diabète, gastropathie, bronchite chronique.

Pour les leucocytes, à un minimum de 4.000-5.200, dans les cas d'uricémie et arthritisme. *Pour une moyenne* de 5.500-8.000, dans les cas de gastropathie, cardiopathie, ischialgie.

Au point de vue de la durée du vice : 1° Pour durée de 10-20 ans et une quantité journalière de 200-300 gr. la formule hématologique est : globules rouges 4.325.000-4.875.000 ; globules blancs 5200 ; hémoglobine 75-81.

2° Pour un second groupe avec même durée et même quantité consommée : globules rouges 530.500-562.000 ; globules blancs, 8500-13.000 ; quantité d'hémoglobine, 71-105.

3° Pour une durée de 15-30 ans : globules rouges 6.679.000-6.800.000 ; globules blancs, 7500-10.000 ; hémoglobine, 80-105.

Une particularité remarquable dans tous les cas observés est la surabondance des polynucléaires, augmentation des polynucléaires érythrophiles et des grands mononucléaires avec une diminution des lymphocytes et des éosinophiles. PASC.

BIBLIOGRAPHIE

Le régime alimentaire des malades. Considérations pratiques sur les aliments et les boissons diététiques et sur l'hygiène de l'alimentation ; par le Dr PAUL CORNET. (Un volume in-8 carré de 484 pages : Prix 6 fr. chez Steinheil, Paris.)

Dans ce livre, M. Paul Cornet réunit avec méthode et clarté toutes les données nouvelles en matière d'alimentation diététique. Dans une première partie, c'est l'exposé de l'importance de la diététique, et surtout des difficultés que présente l'alimentation des malades. Trop souvent le médecin alimente un malade *comme il peut*, et les plus belles acquisitions en matière d'alimentation rationnelle n'ont pas toujours droit de cité en diététique.

Dans une deuxième partie, l'auteur donne sur chaque aliment et boisson diététiques des renseignements succincts et d'ordre pratique. On y trouve d'intéressants détails sur la cuisson des aliments, sur le *babeurre* et ses préparations, sur les *laits fermentés* (lait aigri, lait bulgare, gioddu, etc.) sans oublier la *banane* et non sans s'étendre utilement sur les *farineux*, dont le rôle diététique est si précieux.

On trouvera en outre, dans *le Régime alimentaire des malades*, une classification schématique des régimes diététiques, où chaque régime est schématisé de façon à conserver une valeur permanente et commune à tous les malades d'une même catégorie.

Des *formules diététiques*, sans prétentions culinaires, terminent cet ouvrage et forment un véritable *formulaire diététique*.

Les atmosphères confinées (1), mesure de la pollution ; par M. GIZOLME, chimiste de la ville de Paris, chef-adjoint du cabinet du Ministre du travail.

L'auteur contribue par son consciencieux travail, dont je ne peux donner qu'une analyse très imparfaite, vu mon incompétence à élucider la question encore un peu obscure concernant l'air confiné. Il met en évidence la toxicité des miasmes respiratoires, démontre qu'on peut déceler ces miasmes, qu'on peut les doser, même indirectement, et obtenir ainsi des indications précieuses sur la respirabilité d'un air confiné et sur le degré de ventilation d'un local habité.

Je n'entre pas ici dans les détails techniques visant la mesure de la température et de l'état hygrométrique, ainsi que la meilleure façon de prélever des échantillons d'air à analyser. Je signale pourtant un procédé imaginé par MM. PÉCOUL et Léon GIZOLME pour doser d'une façon très simple et rapide l'oxygène de l'air. On trouvera dans la présente brochure les résultats d'expériences faites dans les Ecoles communales de Paris, et dans les tunnels du Métropolitain. Les hygiénistes consulteront avec fruit les documents fournis par M. Léon GIZOLME, et les futurs traités d'hygiène ne manqueront pas de signaler son important travail. M. BOURNEVILLE.

(1) Extrait du *Bull. de l'Inspection du Travail*, 1909, n°s 1 et 2.

REVUE GÉNÉRALE

—

Les indications thérapeutiques dans le traitement de l'insomnie ;

Par M. Paul BAUFLE

Interne des hôpitaux de Paris.

Le sommeil est un phénomène de la plus haute importance puisqu'il absorbe à lui seul le tiers de notre existence : il assure essentiellement le repos des centres nerveux, permet aux divers appareils de réparer les pertes qu'ils ont subies à l'état de veille et peut être considéré comme une des manifestations les plus nettes de la loi d'intermittence qui régit tous les actes de l'organisme (1). La nécessité impérieuse du sommeil, la fréquence de ses troubles au cours des états pathologiques les plus divers font de l'insomnie et de son traitement une question d'un grand intérêt pratique, question que le médecin doit se poser, sinon résoudre presque journellement.

Il est d'ailleurs juste de reconnaître que l'insomnie a suscité de nombreuses recherches thérapeutiques et que la liste, déjà longue, des médicaments hypnotiques s'enrichit chaque jour de produits nouveaux, tous d'une réelle activité ; si on considère en effet les principaux groupes d'hypnotiques (groupes de l'opium, du chloral, des disulfones), il semble qu'on soit armé d'une manière absolument certaine contre l'insomnie : de fait, on peut presque toujours, dans un cas ordinaire, réussir à faire dormir un malade pendant une ou plusieurs nuits.

Mais on doit reconnaître que le sommeil ainsi obtenu est un sommeil artificiel, beaucoup moins réparateur que le sommeil naturel ; c'est de plus un sommeil d'intoxication (2) ; supprimer l'excitabilité de la cellule nerveuse qui est la cause prochaine de l'insomnie, c'est troubler profondément cette cellule dans son fonctionnement ; aussi Dubois (de Berne) dit-il très justement : « Il faut se faire un scrupule d'introduire dans le courant sanguin des stupéfiants qui provoquent le sommeil. C'est une véritable intoxication que nous provoquons et elle porte sur la partie la plus délicate, l'organe pensant ».

En outre, tous les médicaments hypnotiques agissent sur les diverses fonctions de l'organisme : la morphine ralentit les mouvements du tube digestif et diminue ses sécrétions, le chloral produit une hypotension marquée ; d'autre part ce sont des substances toxiques que l'organisme doit éliminer et de fait, on retrouve ces produits eux-mêmes ou leurs dérivés dans les urines (la morphine passe à l'état d'oxydimorphine, le chloral, à l'état d'acide urochloralique) : or ce n'est pas toujours sans inconvénients qu'on impose à l'organisme ce travail d'élimination.

Parfois, pour obvier à cet inconvénient, on n'emploie que de faibles doses de médicaments : souvent alors, non seulement on n'obtient pas l'effet désiré, mais un effet inverse : les hypnotiques, à petite dose, déterminent de l'excitation et le fait est particulièrement net pour la morphine ; ici une médication timorée est aussi nuisible qu'une médication trop énergique ; la limite entre les deux n'est pas toujours facile à préciser, d'autant plus qu'il existe des susceptibilités individuelles que rien ne peut faire prévoir.

Enfin, les hypnotiques présentent encore un autre inconvénient : s'ils ont une action bien marquée, si leur effet est à près peu certain la première fois qu'on les utilise, ils deviennent bientôt inactifs ; il faut alors, pour obtenir un résultat, augmenter rapidement les doses, car l'accoutumance est ici des plus rapides ; mais, de cette façon, on habitue le malade à de véritables toxiques dont il ne voudra et ne pourra plus se passer dans la suite.

Les hypnotiques apparaissent donc comme des agents thérapeutiques très puissants, mais d'un emploi parfois dangereux, toujours délicat, et dont il faut savoir restreindre l'usage à certains cas bien déterminés, où ils semblent vraiment indispensables.

D'ailleurs, il faut bien remarquer que faire dormir un malade grâce aux hypnotiques, ce n'est pas guérir l'insomnie, de même que faire cesser la fièvre, la toux ou l'expectoration chez un tuberculeux, ce n'est pas guérir la tuberculose ; de même encore que calmer la douleur et les vomissements au cours d'un étranglement herniaire, ce n'est pas guérir l'étranglement lui-même.

Agir ainsi, c'est se contenter de traiter isolément un symptôme qui attire l'attention : or la *thérapeutique symptomatique* ne doit jamais être qu'un moyen d'attente, un pis aller ; la seule thérapeutique vraiment rationnelle, et la plus efficace d'ailleurs quand elle est possible, est la *thérapeutique pathogénique*.

Le premier point, le plus important assurément, en présence d'une insomnie, est d'en déterminer la cause : celle-ci connue, on peut bien souvent la traiter elle-même et de cette façon faire disparaître l'insomnie qui est sous sa dépendance étroite ; même dans les cas où l'on ne peut agir directement sur la cause, on peut tout au moins tirer de cette notion d'utiles indications et faire parmi les hypnotiques un choix judicieux.

L'étude des principaux types cliniques d'insomnie confirme nettement du reste cette manière de voir.

Il est tout un groupe d'insomnies qu'on rattache facilement à leurs causes : telles les insomnies douloureuses, telles encore les insomnies qui accompagnent certaines maladies infectieuses ; si, dans ces conditions, il n'est pas toujours facile de faire disparaître l'insomnie, on sait du moins qu'elle cessera d'elle-même le jour où cessera l'affection qui l'a déterminée.

Dans d'autres cas, l'insomnie dépend d'un trouble fonctionnel parfois peu apparent et qui demande à être cherché : les affections gastriques, cardiaques, pulmonaires, rénales, sont souvent en cause : ici, la cause de l'insomnie n'est plus évidente, elle échappe parfois ; on se contente alors d'un traitement symptomatique, toujours insuffisant, jusqu'au jour où l'examen systématique des divers appareils permet de reconnaître la lésion initiale, le point de départ et d'instituer ainsi un traitement rationnel.

Enfin, en dehors de ces faits, il existe encore de nombreuses formes d'insomnies dont la pathogénie n'est pas connue : elles semblent primitives et on leur donne parfois le nom d'insomnies essentielles. Ici la cause nous échappe totalement et ce sont, pour cette raison, les formes les plus tenaces, celles dont le traitement est le plus difficile.

***

Insomnies douloureuses. — Les insomnies douloureuses constituent une variété des plus importantes. « Le sommeil fuit le malaise et la souffrance » (1) et de fait il est remarquable de voir qu'une lésion insignifiante, mais douloureuse, suffit à rendre parfois pendant plusieurs nuits tout sommeil impossible (2). Le malade ne peut s'endormir, change de position, s'assoupit parfois quelques instants quand la douleur se calme, se réveille quand les paroxysmes réapparaissent ; cette insomnie entraîne à sa suite de la fatigue, de l'inaptitude au travail ; elle peut à la longue amener une altération souvent marquée de l'état général et chez les sujets affaiblis, elle précipite la cachexie. Elle est en quelque sorte proportionnelle à la douleur et cesse avec elle

(1) G. de Mussy. — Leçon sur l'insomnie. *Union médicale*, juillet 1866.

(2) Arnozan. — *Précis de thérapeutique*, tome II.

(1) A. Spring. — Symptomatologie.

(2) On peut essayer d'expliquer le mécanisme de ces insomnies douloureuses en admettant avec Mauthner l'existence d'un centre du sommeil que Salmon localise avec précision au niveau de la glande pituitaire : ce centre serait impressionné par les phénomènes douloureux. Les expériences de Hitzig, relatives à la pathogénie de l'épilepsie partielle, ont en effet montré que si on porte sur la substance corticale une excitation suffisamment intense, cette excitation n'agit pas seulement au point d'application, mais se transmet à distance et est ainsi susceptible d'irriter d'autres centres ; si, d'autre part, au lieu d'une excitation unique, on emploie des excitations beaucoup plus faibles et répétées, on obtient le même résultat par suite d'un phénomène de sommation des excitations ; ainsi agiraient les douleurs persistantes, tenaces, même lorsqu'elles n'ont pas une très grande intensité.

aussi l'indication est-elle ici de supprimer la douleur : l'incision d'un panaris, l'ouverture spontanée ou provoquée d'un abcès dentaire suffisent à ramener, et cela presque instantanément, un sommeil réparateur. Suivant les cas, la conduite à tenir variera, mais, d'une manière générale, il faudra autant que possible chercher à calmer la douleur par des anesthésiques locaux : le salicylate de méthyle dans les affections articulaires, l'antipyrine dans le point de côté, les pulvérisations de chlorure d'éthyle dans les sciatiques, les bains tièdes, les pansements humides, les pommades à la cocaïne lorsqu'il s'agit de prurit intense comme dans l'eczéma, les diabétides, peuvent atteindre ce but, mais il est des cas où cette thérapeutique locale est impuissante : telles les coliques hépatiques et néphrétiques, la colique de plomb, les crises douloureuses et les douleurs fulgurantes des tabétiques, tels surtout certains néoplasmes, en particulier le cancer du pancréas, les cancers pelviens (utérus, rectum) qui envahissent les plexus nerveux et déterminent des douleurs intolérables. Ici il est nécessaire d'employer d'autres agents thérapeutiques et parmi eux la première place revient à l'opium et surtout à un de ses alcaloïdes, la morphine. En principe la morphine est préférable à l'opium parce que la richesse de l'opium en principes actifs est très variable suivant sa provenance et aussi suivant les falsifications qu'il a pu subir ; d'autre part, l'opium, grâce à certaines résines qu'il contient, a une action astringente très marquée et amène une constipation plus opiniâtre que la morphine ; enfin cette dernière a encore l'avantage de s'administrer en injections sous-cutanées et d'agir ainsi très rapidement (environ 10 à 15 minutes) : son action est d'ailleurs remarquable et elle ne manque jamais son effet quand il s'agit d'insomnies douloureuses. Ce serait un médicament merveilleux si elle ne présentait des inconvénients auxquels il est difficile de remédier et des contre-indications qu'on ne doit pas enfreindre.

Elle doit être évitée autant que possible chez les enfants, qui sont d'une susceptibilité extrême à l'égard de l'opium et de ses dérivés ; elle est également dangereuse chez le vieillard et dans tous les cas où il existe des lésions du rein.

Il faut aussi remarquer qu'en supprimant la douleur, la morphine peut donner une fausse sécurité : au cours d'une appendicite, d'un étranglement herniaire, une injection de morphine fait rapidement dormir le malade, mais ce sommeil, en apparence réparateur et bienfaisant, n'est qu'une accalmie traîtresse pendant laquelle les lésions continuent à évoluer insidieusement.

D'autre part, même lorsque rien ne contre-indique l'usage de la morphine, son emploi peut être difficile : chez certains sujets, en particulier les femmes et les nerveux, elle détermine des vomissements ; pour cette raison, il est prudent de recommander aux malades de s'abstenir de toute alimentation et même de toute boisson dans les heures qui suivent l'injection. Enfin le réveil est parfois désagréable : la tête est lourde, la bouche pâteuse, l'anorexie absolue. Mais le plus grand danger est d'exposer le malade à l'abus de la morphine, de faire de lui un morphinomane : aussi doit-on, surtout dans les cas de douleurs qui déterminent de l'insomnie pendant des semaines et des mois, essayer d'abord tous les anesthésiques locaux et réserver la morphine pour les périodes où toute autre thérapeutique semble réellement impuissante.

Toutes ces raisons permettent de comprendre qu'on ait cherché, dans le traitement des insomnies douloureuses, à remplacer la morphine par d'autres dérivés de l'opium : l'héroïne, en particulier, qui est l'éther diacétique de la morphine, aurait l'avantage de ne pas déterminer d'accoutumance, mais elle est plus toxique et doit s'employer à doses moitiés moindres (0 gr. 005 à 0 gr. 02). Quant à la péronine, intermédiaire comme mode d'action entre la morphine et la codéine (Pouchet), elle ne semble pas comporter d'indications très spéciales ; on peut l'utiliser à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 04 par voie buccale

Les autres médicaments hypnotiques (chloral et ses dérivés, sulfonal, véronal) n'ont aucune action dans ces insomnies douloureuses, car ils ne suppriment pas la douleur et si la morphine leur paraît supérieure, ce n'est pas parce qu'elle possède des propriétés hypnotiques plus marquées, mais bien parce qu'elle est avant tout analgésique.

Insomnies au cours des maladies infectieuses. — Il est peu d'infections au cours desquelles le sommeil ne soit troublé et, dans bien des cas, l'insomnie est un signe d'une réelle valeur diagnostique.

Au cours d'une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*, l'insomnie est de règle au moins dans les premiers jours : les rhumatisants craignent de s'endormir parce que les mouvements involontaires qu'ils accomplissent pendant leur sommeil réveillent des douleurs intolérables ; mais dans quelques cas, alors même que les douleurs articulaires s'atténuent, l'insomnie est persistante et tenace ; elle est alors d'un mauvais augure, car elle doit faire redouter l'apparition du rhumatisme cérébral : ici il est nettement indiqué de recourir au médicament spécifique, le salicylate de soude à doses élevées, qui non seulement fait cesser l'insomnie mais surtout peut empêcher l'explosion d'accidents beaucoup plus graves dont elle n'était que le prodrome.

Dans le *paludisme*, l'insomnie au cours d'un accès est loin d'être rare et elle peut même, à une période avancée et surtout chez l'enfant, constituer à elle seule une manifestation larvée de l'accès paludéen : elle cesse d'ordinaire facilement par l'emploi de la quinine.

Un autre type tout différent d'insomnie infectieuse est représentée par celle qui s'observe au cours du *tétanos* : ici il faut faire intervenir non seulement l'action de la toxine tétanique sur les centres nerveux, mais surtout les douleurs atroces qui accompagnent les contractions au moment des paroxysmes : indépendamment du traitement sérothérapique, de l'isolement absolu, de la suppression de toutes les excitations sensorielles, il est nécessaire de recourir à l'usage du chloral qu'on devra employer à doses très élevées, soit par voie buccale (jusqu'à 12 gr.) lorsque le trismus n'est pas trop intense, soit en lavement (dissous dans un mucilage de gomme et mélangé à un jaune d'œuf pour éviter l'irritation de la muqueuse) ; plus récemment on a voulu mettre à profit l'action analgésique des sels de magnésium et on a préconisé les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie : cette méthode ferait cesser les contractures et permettrait ainsi au malade de prendre quelques instants de repos (1).

Mais parmi les maladies infectieuses, il en est deux qui semblent compter plus particulièrement l'insomnie parmi leurs symptômes : ce sont la pneumonie et la fièvre typhoïde.

Dans la *pneumonie*, même chez un sujet non alcoolique, l'insomnie apparaît en général dès le début, aussitôt après le frisson : elle peut être due alors à l'intensité du point de côté, mais elle persiste les jours suivants, alors que la douleur du point de côté a diminué ou est même totalement disparue ; d'ordinaire elle cesse brusquement le jour de la crise : en même temps que surviennent les sueurs abondantes, la polyurie, la chute thermique, apparaît un sommeil réparateur. D'ailleurs, d'une manière générale, au cours des maladies infectieuses, un sommeil profond et sans troubles présage une crise sûre : c'est par là que s'annonce une convalescence franche (2).

Dans la *fièvre typhoïde*, l'insomnie tient une place plus importante encore : symptôme de début accompagnant la céphalée et souvent alors d'une réelle valeur diagnostique elle persiste pendant la période d'etat surtout dans les formes ataxo-adynamiques : c'est, de tous les troubles, celui qui incommode le plus le malade et celui surtout pour lequel il demande un soulagement.

Mais ici, comme dans la pneumonie, le traitement de l'insomnie est toujours très difficile : l'opium est peu actif et dangereux, le chloral est plus dangereux encore, en par-

(1) Griffon et Lian ; Ramond et Doury ; Sicard et Devrot ; Debré, *Soc. méd. des hôpitaux* 1908 et 1909.

(2) Villemin. — De l'insomnie. *Arch. gén. méd*, mai 1877.

ticulier dans la fièvre typhoïde, où l'hypotension est constante ; d'ailleurs, les divers hypnotiques n'ont pas d'effet sur ces insomnies infectieuses, même si on ne recule pas devant l'emploi de doses élevées. La seule thérapeutique qui semble vraiment de quelque utilité est l'hydrothérapie, soit sous forme d'enveloppements humides, soit sous forme de bains progressivement refroidis ou de bains à 17° selon la méthode de Brand : les bains froids agissent non seulement comme antithermiques, mais surtout comme sédatifs du système nerveux, et ils pourraient peut-être réussir là où échoueraient presque tous les médicaments.

Si, d'une manière générale, l'insomnie est fréquente au cours des maladies infectieuses, elle est toujours plus marquée lorsque la maladie infectieuse évolue sur un terrain particulier : telle par exemple la pneumonie de l'alcoolique et ici c'est même à l intoxication alcoolique que semble revenir la part prépondérante dans la pathogénie des accidents. Souvent en effet, on trouve, à l'origine des insomnies, des intoxications diverses : par leur fréquence, leur aspect clinique un peu spécial et surtout les indications particulières qu'elles comportent, ces variétés d'insomnie méritent une description à part.

Insomnies au cours des intoxications. — Les insomnies relevant d'une intoxication exogène sont très fréquentes : l'abus du thé, du café, du tabac, suffit à empêcher le sommeil : ici la condition nécessaire et ordinairement suffisante de la guérison est la suppression de la cause. Mais il est deux types cliniques surtout qui méritent d'être étudiés avec quelques détails : l'insomnie des alcooliques et celle des morphinomanes.

Insomnies des alcooliques. — L'insomnie est la clef de voûte de l'alcoolisme (1), qu'il soit très marqué ou caché et difficile à dépister. Sans particularités dans l'alcoolisme aigu ou ivresse, elle est surtout intéressante dans *l'alcoolisme chronique.* Habituellement l'alcoolique dort mal : à l'approche de la nuit, il voit double, a des illusions dont il se rend d'ailleurs compte et qu'il peut redresser lui-même ; puis il s'endort d'un sommeil léger et a de nouvelles hallucinations surtout visuelles, toujours terrifiantes et très mobiles : c'est une succession de cauchemars continuels qui se dissipent en partie vers le matin ; ces troubles, d'une grande valeur diagnostique, peuvent persister fort longtemps et accentuer ainsi l'altération de l'état général.

La première indication est ici de supprimer la cause, mais il faut de plus agir directement sur l'insomnie. L'opium donne d'ordinaire de bons résultats, mais sous la condition expresse qu'on l'emploie à doses suffisantes ; sinon il détermine plutôt des phénomènes d'excitation ; 15-20 centigrammes d'extrait-thébaïque en pilules ou en potion, 3 à 4 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées n'ont rien d'excessif, d'autant plus que les alcooliques supportent bien l'opium, si toutefois leur cœur n'est pas en mauvais état. Le chloral aussi agit bien sur l'insomnie des alcooliques (Lancereaux) et il trouve ici une de ses indications les plus nettes : il faut souvent atteindre les doses de 4 à 6 gr. pour obtenir de bons résultats ; mais il présente quelques inconvénients. Son goût désagréable, son action irritante vis-à-vis de l'estomac, le font rejeter par quelques malades ; on peut alors l'administrer en lavements : il faut surtout ne pas oublier qu'il a une action hypotensive des plus manifestes et qu'il est préférable de ne pas l'employer quand on n'est pas sûr de l'intégrité du cœur et des vaisseaux.

On a d'ailleurs cherché à substituer au chloral, dans le traitement de l'insomnie alcoolique, certains de ses dérivés qui auraient à peu près une action analogue, sans présenter les mêmes dangers.

Le chloralamide (combinaison de chloral et de formiamide) peut être utilisé à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes (2); il ne faut pas le confondre avec le chloralimide qui a une action analogue, mais doit être employé à doses moitié moindres (1 gr.)

Le chloralose peut être administré en cachets à la dose de 0 gr. 25. L'hypnal, qui est un mélange d'antipyrine et de chloral (1 gramme), possède à la fois les propriétés hypnotiques du chloral et l action analgésiante de l'antipyrine.

Le dormiol (amylène-chloral) à la dose de 1 à 2 grammes a été aussi utilisé.

Mais on est obligé de reconnaître que ces nombreux dérivés du chloral, encore assez imparfaitement connus au point de vue physiologique, n'ont pas sur lui d'avantages bien réels.

Indépendamment de l'insomnie habituelle des alcooliques que nous avons eue en vue, il existe chez ces sujets une autre forme d'insomnie, d'un pronostic très sérieux et d'un traitement très délicat : c'est celle qui accompagne le *delirium tremens*. L'insomnie est, en effet, ici, un symptôme capital ; persistant pendant deux, trois jours et davantage, sans rémission aucune, elle est un des traits les plus caractéristiques du tableau clinique : sa disparition est un excellent élément de pronostic et souvent un sommeil profond prolongé qui peut durer quarante-huit heures sert de crise à une attaque de *delirium tremens*. Il ne faut pas se dissimuler qu'ici le traitement de l'insomnie est souvent impuissant et que, dans bien des cas, on essayera sans succès toutes les ressources de la médication hypnotique,

On devra d'abord recourir aux agents physiques : les enveloppements humides, les bains froids, les bains tièdes prolongés pendant une heure et même davantage, sont d'une réelle utilité ; on pourra leur associer l'usage d'hypnotiques, parmi lesquels le chloral et l'opium tiennent encore la première place, ce dernier souvent administré sous forme de vin laudanisé ; le chanvre indien a paru dans certains cas donner quelques résultats satisfaisants ; on peut utiliser soit la teinture de cannabis Indica (I à XX gouttes), soit le haschich pur (0 gr. 03 à 0 gr. 05), mais la dose active est difficile à déterminer, la susceptibilité des sujets à ce médicament étant des plus variables.

Il est enfin deux autres médications, l'une ancienne, l'autre récente, qui, au dire des expérimentateurs, auraient donné de bons résultats et qu'il convient de ne pas passer sous silence. La première consiste à employer la digitale à doses très élevées (12 grammes de teinture de digitale, qu'on peut répéter si l'effet se fait attendre) : « à dose aussi élevée, la digitale paraît agir sur le cerveau et non plus sur le cœur ; loin de déprimer le pouls, elle le rend plus plein, plus fort, plus régulier et ne détermine aucun symptôme inquiétant » (1).

Une autre médication, encore assez mal connue, est l'usage de la scopolamine en injections sous-cutanées (1/10 à 1/4 de milligramme), mais il semble que ce soit un médicament infidèle et dangereux, peut-être parce qu'on utilise sous ce nom des produits différents et de composition chimique mal définie.

Insomnie des morphinomanes. — Il faut rapprocher de cette insomnie des alcooliques une autre variété, beaucoup moins fréquente, mais qui présente avec elle certaines analogies : l'insomnie au cours de l'intoxication chronique par la morphine. Elle revêt deux types bien différents, suivant qu'on l'observe chez les *habitués* ou les *abstinents*.

« Chez les habitués, les organes de la pensée sont surexcités par la morphine, ce qui empêche le malade de dormir pendant la nuit ; il passe par contre la journée à somnoler. D'ailleurs, chez certains individus, la morphine détermine une sorte de bien-être, de béatitude qui ne produit pas le sommeil, mais au contraire une sorte de réveil de l'esprit » (2). L'indication ici est formelle de supprimer l'intoxication causale ; mais souvent alors apparaissent d'autres accidents dus à l'abstinence et, parmi eux, l'insom-

(1) Lasègue. — Etudes médicales, tome II. — Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme.
(2) Vigier. — Soc. de thérapeutique, 22 janvier 1890.

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. *Delirium tremens*, de Ball et Chambard.
(2) Wurtz. — Intoxication chronique par la morphine, *in* Brouardel et Gilbert.

nie tient encore une place des plus importantes : le malade ne peut s'endormir ou s'il s'assoupit quelques instants, il a des rêves, des cauchemars, des hallucinations analogues à celles du delirium tremens et tous ces troubles si pénibles peuvent céder à une injection de morphine. Aussi dans le traitement du morphinisme chronique par cessation rapide, mais non brusque, du médicament, faut-il faire porter la diminution de la morphine sur les injections de la journée et respecter pendant quelques jours l'injection du soir ; il est d'ailleurs possible d'atténuer les effets dus à la suppression de la morphine par la substitution d'autres médicaments : l'opium, administré par voie buccale, sous forme d'extrait thébaïque ou de laudanum, l'héroïne, la dionine, ont été proposés ; on a eu recours également au chloral, au sulfonal, aux bromures, mais c'est là une méthode dangereuse, car on risque de remplacer une intoxication par une autre : aussi Sollier (1) proscrit-il tous ces médicaments pour permettre seulement les toniques et les stimulants.

De tous ces faits, il ressort nettement que l'insomnie est un des modes de réaction les plus habituels du système nerveux au cours des infections et des intoxications. *A fortiori*, l'insomnie doit-elle être fréquente lorsque les centres nerveux sont directement intéressés : en réalité un grand nombre d'affections méningo-encéphaliques s'accompagnent de la perte parfois complète du sommeil.

Insomnie dans les affections méningo-encéphaliques. — *Dans les méningites aiguës*, telle que la méningite cérébrospinale à méningocoques, l'insomnie est constante, mais souvent perdue au milieu des autres symptômes, tels que la céphalée atroce, les contractures intenses, le délire, et sa pathogénie est très complexe ; elle est surtout la règle à la période initiale, période dite d'excitation, tandis qu'elle est remplacée à une période avancée par la somnolence et le coma. Dans la méningite tuberculeuse de l'enfant, l'insomnie est souvent un des premiers signes prodromiques qui attirent l'attention des parents ; à la période d'état, elle s'explique par la céphalée qui ne laisse aucun repos au malade.

Au cours des *affections organiques de l'encéphale*, telles que l'hémorragie, les ramollissements cérébraux, l'insomnie peut apparaître, mais seulement d'une manière transitoire ; elle est rare dans les tumeurs cérébrales et quand elle existe, elle est en rapport avec la céphalée, car les tumeurs intracraniennes qui augmentent la tension du liquide céphalo-rachidien déterminent ordinairement de la somnolence ; par contre, l'insomnie est très fréquente dans la paralysie générale, surtout au début où elle a souvent alors une très grande valeur diagnostique.

Bien souvent dans ces diverses conditions, les médicaments agissent peu ou mal. Dans le cas de méningites aiguës ou tuberculeuses, la réfrigération au moyen de vessies de glace, la ponction lombaire, peuvent faire diminuer la céphalée et avec elle l'insomnie ; au cours des hémorragies et des ramollissements l'administration longtemps prolongée des iodures alcalins en agissant sur les artères cérébrales donne parfois de bons résultats. Mais lorsque ces procédés échouent, il est nécessaire de faire appel aux hypnotiques ; laissant de côté l'opium à cause de ses propriétés congestives, on emploiera de préférence les bromures, le chanvre indien, parfois aussi le chloral, quand le cœur ne semble pas trop malade.

Plus difficile peut-être encore est le traitement de l'insomnie chez *les aliénés*. L'insomnie en effet tient ici une place importante ; parfois symptôme précurseur et longtemps isolé, elle est tellement tenace et attire à ce point l'attention que, pour beaucoup d'auteurs, elle aurait une influence directe et certaine sur l'apparition des troubles mentaux consécutifs et serait ainsi non seulement un effet, mais un des facteurs de l'aliénation mentale ; à une période avancée, elle persiste d'ordinaire, contribuant ainsi à aggraver l'état physique et intellectuel des malades (2). Surtout fréquente chez les maniaques qui ont des nuits sans sommeil pendant des semaines et des mois, elle est plus rare chez les déments qui passent les jours et les nuits dans la somnolence.

Ici, en dehors de la possibilité d'atteindre les causes mêmes d'un symptôme si pénible, il est nécessaire de recourir aux hypnotiques, mais un choix judicieux s'impose si l'on veut agir avec quelques chances de succès (1). Chez les déprimés, l'opium peut réussir ; chez les excités, au contraire, il doit être évité : on peut alors utiliser le chloral ou ses dérivés, mais il nécessite l'emploi de doses assez élevées ; le sulfonal, mais l'action efficace est loin d'être constante. Par contre, certains médicaments semblent avoir une action élective sur l'insomnie des aliénés : telle la paraldéhyde qui produit rapidement son effet et n'a pas, comme le chloral, d'action sur la pression sanguine ; mais elle a un goût désagréable, communique à l'haleine une odeur spéciale ; de plus, l'accoutumance est rapide et les doses habituelles de 2 à 6 gr, par 24 heures qui sont actives au début n'agissent plus après quelques jours (2). On peut d'ailleurs l'associer avantageusement aux bromures. L'hyoscine, très vantée en Amérique, à la dose de 1/2 à 1 milligramme en injections sous-cutanées, peut être employée, mais son action est intermittente. Souvent on se trouve bien de recourir aux bromures qui, s'ils n'ont pas une action immédiate et rapide comme les hypnotiques précédents, ont du moins l'avantage d'être peu dangereux et de ne pas déterminer d'accoutumance (3).

Dans tous les cas que nous venons de passer en revue, le diagnostic étiologique de l'insomnie ne présente pas de difficultés réelles : l'insomnie fait en quelque sorte normalement partie du tableau clinique ; le médecin et parfois le malade lui-même la rattachent facilement à sa cause. Aussi ce sont là des cas assez simples au point de vue thérapeutique et, s'il n'est pas toujours possible d'amener la disparition de l'insomnie, on sait du moins ce qu'il faut faire pour y remédier dans une certaine mesure sans nuire d'autre part à la santé du sujet qui en est atteint.

***

Mais la conduite à tenir n'est pas toujours aussi évidente : tels les malades qui viennent consulter uniquement pour une insomnie et qui semblent par ailleurs bien portants. Il ne faut pas oublier alors que souvent ces insomnies essentielles, protopathiques, relèvent d'un trouble fonctionnel parfois léger : aussi doit-on toujours se rendre compte de l'état des divers grands appareils dont les altérations peuvent retentir sur les centres nerveux.

Insomnies par troubles digestifs. — Les affections du tube digestif jouent à ce point de vue un rôle important (4) ; les unes, véritablement douloureuses, rendent le sommeil impossible : telles les crises des hyperchlorhydriques ; d'ordinaire dans ce dernier cas le sujet s'endort facilement, puis est réveillé au milieu de la nuit par des douleurs violentes, des sensations de brûlures qui persistent pendant plusieurs heures. D'autres fois, et cela s'observe surtout chez les gros mangeurs, le malade éprouve aussitôt endormi une sensation de gêne, de pesanteur qui le maintient éveillé ; enfin dans certains cas, les fermentations gastriques ou intestinales, la constipation, qui réalisent une véritable auto-intoxication, suffisent à rendre le sommeil impossible. Dans toutes ces conditions la thérapeutique sera essentiellement pathogénique : suivant les cas, le bicarbonate de soude ou le sous-nitrate de bismuth, la suppression ou tout au moins la diminution du repas du soir, l'administration d'un purgatif ou l'usage de laxatifs doux font cesser l'insomnie, tandis qu'au contraire l'emploi des hypnotiques, en particulier de

(1) Sollier. — *Sem. médicale*, 1894, p. 146.
(2) Marvaud. — Le sommeil et l'insomnie, 1881. Paris.

(1) M. de Fleury. — Association française par l'avancement des sciences, XXIIe session.
(2) Hayem. — Leçons de thérapeutique. Médication hypnotique.
(3) Trénel. — 13e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.
(4) R.-J. Graves. — Leçons de clinique médicale, 1871, tome II, 69e leçon.

l'opium et de ses dérivés, ne ferait souvent que l'accentuer.

Chez l'enfant en particulier, c'est souvent du côté du tube digestif que doivent porter les investigations lorsqu'on constate de l'insomnie ; la diminution de l'alimentation, la suppression de la viande qu'on fait parfois prendre aux enfants dès le tout jeune âge, suffiront à ramener le sommeil (1).

Insomnies dans les affections des voies respiratoires. —Les lésions de l'appareil respiratoire sont une cause également fréquente d'insomnie : la dyspnée rend le sommeil impossible, la toux également ; le malade s'endort quelques instants,mais se réveille vite parce qu'il asphyxie ou parce qu'il tousse et ces alternatives de réveil et d'assoupissement ne lui permettent pas de prendre un sommeil réparateur.

Il faudra s'adresser d'abord à la cause de la dyspnée : la présence de végétations adénoïdes chez l'enfant, les rétrécissements de l'arbre respiratoire (cancer du larynx, sténose de la trachée) nécessitent une intervention chirurgicale; l'existence d'un épanchement pleural peut imposer la thoracenthèse. Mais en dehors de ces conditions, dans les cas, et ils sont nombreux, où l'on ne peut agir directement sur la lésion causale, il faudra se contenter de palliatifs ; ici encore la morphine tient la première place ; c'est un eupnéique par excellence,en particulier dans la dyspnée paroxystique de l'asthme, dans la dyspnée de la tuberculose pulmonaire à la période ultime, dans la granulie à forme suffocante surtout, où seule elle peut procurer quelques heures de repos au malade ; il faut d'ailleurs bien se souvenir que parmi les affections dyspnéiques, il en est une, l'œdème aigu du poumon, qui contre-indique formellement la morphine.

La toux, et avec elle l'insomnie qui en résulte, peut aussi être calmée par la morphine, mais dans ce cas particulier on préfère généralement d'autres alcaloïdes de l'opium qui semblent avoir une action élective sur les réflexes des voies respiratoires : la codéine (0 gr. 02 à 0 gr. 05) et la dionine (0 gr. 05 à 0 gr. 1 et même davantage) qu'on administre par voie buccale.

Insomnies des cardiaques. — Chez les cardiaques, l'insomnie d'origine dyspnéique revêt une physionomie un peu particulière et comporte des indications spéciales. En général, les cardiaques dorment peu et mal. Les *mitraux*,à la période d'asystolie, restent assis et ne respirent que par l'intermédiaire de la volonté ; s'ils s'assoupissent quelques instants, ils sont bientôt réveillés par une crise de dyspnée paroxystique.

Parfois même, l'insomnie apparaît d'une manière précoce chez les cardiaques (2), alors que les lésions semblent encore compensées ; le malade une fois couché s'endort vite et profondément, mais au bout d'une heure ou deux, il est réveillé en sursaut, ce réveil s'accompagnant de sensations angoissantes, d'oppression, de palpitations ; cette insomnie s'explique par certains facteurs mécaniques venant augmenter pendant le décubitus prolongé les troubles circulatoires dus à la défaillance cardiaque.

Ici la digitale est le meilleur des hypnotiques, mais elle ne peut pas toujours être employée ; si elle agit rapidement au cours d'une première attaque d'hyposystolie, elle ne produit souvent plus d'aussi bons effets à une période avancée quand les crises se rapprochent et que l'asystolie tend à devenir irréductible ; d'autre part, la digitale ne doit pas s'employer pendant longtemps à cause des dangers d'accumulation.

Force est donc parfois de recourir à des médicaments hypnotiques : ici la morphine devient insuffisante ; de plus elle est dangereuse à cause de son action dépressive ; le chloral et tous ses dérivés sont également contre-indiqués parce qu'ils sont tous hypotenseurs. On peut alors employer les disulfones, dont trois sont utilisés couramment : le sulfonal, le trional, le tétronal. Le sulfonal ne semble pas avoir d'action bien marquée sur le cœur, mais il peut amener des accidents d'intoxication caractérisés par des douleurs abdominales, des vomissements, une paralysie flasque des membres inférieurs et surtout la présence dans les urines d'un pigment dérivé de l'hémoglobine, l'hématoporphyrine ; il se comporterait donc comme un poison du sang ; aussi est-il prudent de ne pas dépasser les doses de 1 à 2 grammes qu'on administre en cachets suivis de l'absorption d'une tasse d'infusion chaude pour éviter l'irritation de la muqueuse gastrique ; de plus, cette médication ne doit pas être prolongée au-delà de quatre à cinq jours ; dans ces conditions on peut obtenir après 1/2 heure à 1 heure un sommeil tranquille ; le réveil n'est pas désagréable, mais il persiste un peu de somnolence.

Le trional, le tétronal, présentent à peu près la même action et s'administrent aux mêmes doses.

D'autres hypnotiques ont été également recommandés chez les cardiaques : l'hydrate d'amylène (2 à 3 gr. en potion), l'uréthane (2 à 4 gr. en potion), l'hédonal (1 gr. 50 à 2 gr.) ; sans doute ils n'ont pas d'effets très fâcheux, mais ils échouent souvent ; il faut enfin accorder une place à part à un autre médicament, le véronal,qui s'administre en cachets à la dose de 0 gr. 50 : il ne présente guère d'inconvénients ni de contre-indications et amène, dans la majorité des cas, un sommeil réparateur (1).

Chez les aortiques, l'insomnie, très fréquente, est due à la fois à la dyspnée et à l'insuffisance de la circulation cérébrale : ici la morphine à petites doses peut donner de très bons résultats, mais son usage est délicat ; si en effet elle réussit bien lorsque toute la maladie consiste dans une lésion de l'orifice aortique, comme c'est le cas de l'insuffisance aortique d'origine endocardique, reliquat d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, elle peut, au contraire, déterminer des accidents dans le cas d'insuffisance d'origine artérielle ; car ici, selon l'expérience de Huchard, la maladie domine la lésion : fréquemment, les malades sont non seulement des aortiques, mais aussi des brightiques et on sait que la morphine doit être évitée lorsque les reins sont malades.

Insomnie des brightiques. — Les lésions rénales elle-mêmes sont une cause assez fréquente d'insomnie : l'insomnie peut apparaître en effet chez certains sujets comme une manifestation isolée de l'urémie et elle mérite de prendre place à côté des petits accidents du brightisme ; elle peut exister seule,indépendamment de la dyspnée nocturne, de la céphalée, d'ailleurs si fréquentes chez les rénaux et elle relève alors bien d'une auto-intoxication. Elle est d'autant plus difficile à reconnaître que bien souvent aucun autre signe n'attire l'attention du côté du rein et cependant le diagnostic étiologique est ici des plus importants : le seul traitement, en effet, consiste à imposer au malade un régime sévère : le lait est par excellence l'hypnotique du brightique, comme la digitale est celui du cardiaque. On pourra utiliser aussi les purgatifs drastiques, la saignée, les ventouses scarifiées, mais il faudra savoir s'abstenir de médicaments : seuls les bromures à petites doses,le valérianate d'ammoniaque peuvent être,dans certains cas, d'utiles, adjuvants du régime lacté.

Insomnie des syphilitiques. — Il nous reste maintenant à attirer l'attention sur une variété bien spéciale d'insomnie qui relève non plus de phénomènes réflexes ou d'une auto-intoxication comme les précédentes, mais d'une infection souvent latente ou cachée : l'insomnie des syphilitiques. L'insomnie est un phénomène commun de la période secondaire, surtout à un stade peu avancé.

Fournier distingue l'insomnie symptomatique, relevant de la céphalée, des douleurs ostéocopes, et l'insomnie essentielle : « Le malade ne dort pas, sans avoir aucune raison pour ne pas dormir. Ecoutez-le vous raconter ce qu'il éprouve : il vous dira qu'il passe des nuits blanches sans

(1) J. Simon. — *Bulletin médical*, 1890, p. 168.
(2) Fellchenfeld. — *Berlin. Klin. Woch.*, 14 mars 1904.

(1) Pénard. — Contribution à l'étude des indications et contre indications cliniques du véronal. *Th. de Lyon*, 1906.

savoir pourquoi et qu'il se lève plus fatigué le matin que la veille au coucher, également impropre à un travail de corps ou d'esprit (1) » Ici, seule la médication spécifique pourra ramener le sommeil : le mercure et l'iodure de potassium surtout sont les vrais hypnotiques en présence de l'insomnie des syphilitiques, et il est rare qu'ils manquent leurs effets : la seule difficulté est de savoir dépister la syphilis dont la symptomatologie est souvent très fruste et qui demande à être cherchée soigneusement.

Ce dernier type d'insomnie est peut-être la manifestation la plus nette de la proposition que nous énoncions plus haut, à savoir : qu'une insomnie est d'autant plus facile à traiter et à guérir qu'on en saisit mieux la cause. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et nous devons envisager maintenant un autre groupe d'insomnies fort nombreuses dont la pathogénie nous échappe presque tout à fait.

***

Insomnie du vieillard. — L'insomnie du vieillard représente un type très net de ce genre de faits ; elle est si fréquente qu'elle pourrait être considérée comme l'état normal des sujets âgés : elle tient à la fois de l'insomnie du rénal, de l'insomnie de l'aortique et peut aussi s'expliquer par ce fait que les vieillards, qui fatiguent moins, ont moins besoin de repos (2). De fait, elle n'est pas grave par elle-même, n'a pas de pronostic sérieux ; mais par sa persistance, sa ténacité, elle incommode grandement celui qui en est atteint et le porte toujours à demander quelque soulagement. En principe, il est préférable de ne pas traiter cette insomnie, car ici tous les hypnotiques sont dangereux ; on pourra cependant utiliser les bromures, la valériane, faire quelques recommandations d'hygiène (exercice modéré, diminution ou même suppression du repas du soir, chambre un peu froide). D'ailleurs il ne faut pas se dissimuler qu'en agissant ainsi, nous ne faisons que voiler notre impuissance, nous faisons patienter le malade, nous détournons parfois de son esprit une préoccupation qui l'obsède, mais nous ne saurions supprimer cette insomnie qui est en quelque sorte l'apanage de la vieillesse.

Insomnie du neurasthénique. — Dans la neurasthénie, l'insomnie est ordinairement un symptôme de premier plan, un de ceux qui incommodent et préoccupent le plus les malades et sur lequel ils attirent d'emblée l'attention.

« Le plus souvent, il s'agit d'une difficulté plus ou moins grande à s'endormir : il en résulte un état d'agitation pénible, encore accrue par la recherche ardente et inquiète du sommeil, combinée à l'intime conviction qu'on demeurera longtemps éveillé ; puis survient un lourd sommeil, entrecoupé de cauchemars et de réveils successifs. D'autres fois au contraire, le sommeil se produit hâtivement, mais il est de courte durée et bientôt remplacé par une veille anxieuse : cet état se prolonge jusqu'au matin, puis le malade s'endort de nouveau ; il fait la grasse matinée, mais ce n'est pas là un sommeil réparateur, et au réveil, il se sent fatigué incapable de toute activité physique et intellectuelle (3). »

Cette insomnie du neurasthénique est toujours difficile à traiter. On devra faire une large place aux agents psychiques (recommandations, suggestions inconscientes ou à l'état de veille, suggestion hypnotique, qui réclame une extrême prudence) puis aux agents physiques, en particulier à l'hydrothérapie (enveloppements humides, bains froids, douches tièdes en jet brisé ou en pluie fine) ; on insistera aussi sur les précautions hygiéniques (exercices modérés dans la journée, alimentation légère le soir, habitude de se coucher à une heure à peu près fixe, chambre à température peu élevée, presque froide, dont les fenêtres resteront ouvertes pendant la nuit). Quant aux médicaments, on en usera le moins possible, d'abord parce qu'ils ont peu d'action et surtout parce que les neurasthéniques s'y habituent facilement.

S'il était nécessaire d'y recourir, on devrait donner la préférence au trional, au tétronal, surtout au véronal, ou encore utiliser le valérianate d'ammoniaque.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que dans bien des cas l'insomnie et aussi la neurasthénie, dont elle n'est qu'une des manifestations, peut avoir pour point de départ des causes morales que le malade lui-même n'avoue pas : les émotions, les passions, les soucis, les intrigues, entretiennent les esprits dans un état de perpétuelle excitation et font fuir le sommeil : « Peut-être le grabat du pauvre a-t-il connu moins d'angoisses que la couche des puissants et des riches » (1).

De ces faits il faut rapporter l'insomnie des intellectuels, des surmenés, le travail cérébral excessif étant une cause relativement fréquente d'insomnie.

Enfin, en dehors des faits que nous venons de passer en revue, on peut être consulté par des sujets qui se plaignent de ne pas dormir depuis des mois et des années, qui redoutent l'approche de la nuit et le moment de se mettre au lit, sachant par une longue expérience qu'ils ne pourront trouver le sommeil : rien dans l'examen de l'état général ou des divers appareils ne permet d'expliquer ce trouble.

Dans quelques cas, l'insomnie dont se plaignent les malades n'est pas réelle : « certaines personnes en effet croient ne pas dormir alors qu'elles somnolent toute la journée ; ce sont de véritables dormeurs de profession, dont l'insomnie est un sommeil perpétuel » (2). D'autres sujets mettent un point d'honneur à ne pas dormir : « On rencontre en effet dans le monde une foule de personnes dont le sommeil est toujours très incomplet, quoiqu'il ne faille jamais prendre à la lettre leurs assertions qui sont entachées d'une espèce d'amour-propre inexplicable » (3).

Cependant il semble bien qu'il y ait réellement des individus qui *manquent d'appétit pour le sommeil* : ils ne peuvent pas prendre plus de deux ou trois heures de repos chaque nuit et ce court sommeil leur suffit : ils n'éprouvent en effet aucun trouble au réveil ; leur activité physique et intellectuelle n'est nullement diminuée. Aussi est-il préférable de ne pas chercher à traiter cette insomnie qui n'a pas de conséquences fâcheuses et contre laquelle échoueraient d'ailleurs la plupart des médicaments hypnotiques.

(1) FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis. XXII[e] leçon.
(2) SALMON admet que l'insomnie est une des manifestations de l'insuffisance hypophysaire, et cette notion s'appliquerait en particulier, d'après l'auteur, à l'insomnie du vieillard. A. SALMON. — *Revue de médecine*, 1906, n° 4 p. 368.
(3) GRASSET et RAUZIER. — Traité pratique des maladies du système nerveux.

(1) M. LÉVY. — Traité d'hygiène publique et privée, tome I.
(2) G. SÉE. — Leçon sur le sommeil, les insomnies et les somnifères, *Méd. Moderne*, février 18?0.
(3) POINCARÉ. — Physiologie normale et pathologique du système nerveux. Paris 1873.
(4) Ancienne *Revue des Revues*, 1[er] sept. 1909.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la crise médicale.

En un bon et copieux article de *La Revue* (4), M. René Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, expose devant un public éclairé les différentes raisons qui expliquent, selon lui, « la crise médicale en France ».

On est obligé de répéter avec notre distingué confrère que cette crise relève tout d'abord de la pathologie générale : « crise parlementaire, crise commerciale, crise viti- « cole, crise industrielle, crise navale, etc. », et crise des professions libérales. La cause initiale est la même : surproduction d'une part, et diminution des débouchés de consommation d'autre part ; en employant toutefois, à l'égard de notre profession, des expressions plus sacerdotales

qui seront : pléthore médicale, progrès de l'hygiène, abus de la gratuité dans les hôpitaux publics ou privés, etc.

La conséquence logique de ce triste état de choses est la misère médicale avec toutes ses plaies physiques et morales. Sans en refaire ici le pénible étalage, qu'on me permette de passer un instant la plume à M. Cruchet (1).

« Je connais la très honorable veuve d'un médecin de campagne, qui, laissée sans aucune resource, elle et ses enfants, par le décès de son mari, s'est décidée, à la quarantaine, pour subsister, à se faire recevoir sage-femme. En décembre dernier, dans une petite commune du Gers, mourait à quarante-cinq ans, un excellent praticien, victime d'une septicémie contractée en soignant deux indigents profondément infectés : son agonie dura deux longs mois, au bout desquels il s'éteignit, implorant, en dernière heure, la pitié de ses confrères pour la veuve qu'il allait abandonner à sa triste infortune, sans le moindre subside, avec une santé précaire et un père infirme à sa charge ; aussitôt des listes de souscription se couvrirent de signatures, et sur l'une d'elles figura le nom de M. Clémenceau.

« D'autres faits sont caractéristiques : ici, c'est un médecin qui reçoit chez lui, dans sa propre maison, des malades en pension, ou les enfants d'un de ses confrères, ou d'amis, ou d'étrangers ; là, c'est un autre qui, poussé par l'impérieuse nécessité, s'expatrie, après avoir vainement cherché dans une série de postes successifs de quoi subsister ; certains, de caractère faible et de moralité chancelante, lancent des produits douteux, partagent des bénéfices peu rémunérateurs avec des garçons d'hôtel, des rebouteurs, des matrones, ou des somnambules, font de coupables marchés avec des victimes du travail, tandis que certains autres, sur le point de sombrer, préfèrent en finir avec la vie ; témoin ce pauvre diable de praticien qu'on vient de repêcher dans une rivière du Sud-Ouest au moment où, à bout de ressources, il allait s'abîmer dans les flots. »....

***

En attribuant à la crise médicale les plaintes, les revendications, les cris des praticiens, cris dont nos oreilles bourdonnent encore, M. Cruchet a pleinement raison. Il est même très courageux, le sympathique agrégé, quand il écrit que « beaucoup trop de chaires magistrales, même cliniques, sont occupées par des maîtres qu'on ne voit jamais, les uns se contentant tous les six mois ou tous les ans de passer leur cours à un nouvel agrégé, les autres venant, entre deux rendez-vous de clientèle, et encore si le temps le permet, serrer rapidement la main aux élèves de leur service. Certaines leçons sont elles-mêmes d'une insuffisance notoire, etc... ». Et j'ose à peine suivre M. Cruchet, tant il paraît sévère, quoique probablement juste, quand il reproche à une partie du corps enseignant de France de faire la chasse à la clientèle en copiant les « usages mercantiles » de l'Allemagne. Toutefois je l'arrête avec déférence quand il rappelle que la médecine est un sacerdoce, mais pour en déduire que les honoraires sont uniquement un cadeau que le malade remet au médecin.

Sans doute, il ne s'agit point d'un commerce, ni par conséquent d'un « échange de numéraire et de marchandise ». Mais s'il ne s'agit que d'un cadeau, le public ne se montre pas toujours tenu à ce genre de politesse, et même dans les classes sociales les mieux éduquées, l'usage de remettre *spontanément* au médecin un « cadeau » en numéraire, se raréfie singulièrement. La plupart du temps on demande au médecin ce qui lui est « dû ». Il n'est donc pas question d'une offrande, au moins dans l'esprit du public, et la vérité semble rester dans ce moyen terme d' « honoraires », lesquels expriment une indemnité presque toujours inférieure au service rendu. Il est fort prudent d'ailleurs, de ne pas s'en tenir au système trop abstrait, du moins par rapport aux réalités contemporaines, du sacerdoce et du cadeau ; car, alors, adieu la réclamation des notes en souffrance, et voyez le grand chapitre : « misère » !

***

Et comment remédier à la crise médicale ? Notre aimable confrère ne nous le dit pas. Sans doute, il s'attache à la réforme de l'enseignement, comme à une question qui lui est chère et qu'il connaît fort bien. Il en profite même pour lancer un nouveau coup de boutoir contre ce privat-docentisme, au sujet duquel les lecteurs du *Progrès médical* ont entendu à mi-surdité toutes les cloches (1). Il est vrai que la thérapeutique, en telle matière, ainsi qu'en bien des maladies, est la branche la plus complexe, la plus délicate et parfois la plus décourageante. Il faudrait ici la collaboration loyale et objective de tous. Il faudrait commencer par cimenter l'union confraternelle, au lieu de sembler vouloir jusqu'ici, par une tactique quelquefois maladroite, brouillonne et stérile, couper les ponts entre « officiels » et « praticiens », et entre praticiens eux-mêmes d'après des catégories arbitraires. Il faudrait préparer, avec calme, des conversations directes, en groupant sur le terrain de parfaite égalité sociale, toutes les forces vives de la corporation médicale.

Je n'ai pas attendu l'avènement d'un « Ministère de conciliation et de détente » pour exprimer une pareille pensée (2) concernant la profession médicale.

Sans de premiers sacrifices réciproques, ne comptons pas sur des remèdes efficaces ou durables contre une crise médicale dont les causes sont multiples et profondes. Et pour procéder par méthode, cherchons tout d'abord des bases d'entente générale.

CORNET.

MATIÈRE MÉDICALE

L'Adrénaline synthétique et les composés voisins ;

par René DURAND
Interne en Pharmacie des hôpitaux de Paris.

Des travaux récents ont complètement modifié la question de l'adrénaline et en ont établi définitivement la constitution et réalisé la synthèse. Nous les résumerons aussi clairement que possible, car il s'agit d'une question fort importante pour le médecin.

L'adrénaline (syn : rénaline, suparénime, épinéphrine) a été isolée des capsules surrénales, à l'état cristallisé, par Takamine en 1901, et par Aldrich la même année.

a) *Préparation de l'adrénaline extractive.*— La préparation s'effectue à l'abri de l'air, soit sous une couche d'huile, soit dans une atmosphère de CO^2 pour éviter l'action d'un ferment oxydant très actif contenu dans la glande.— Le procédé mis au point par Gabriel Bertrand (*Bull. soc. chim.* 31. 1188, 1904) consiste essentiellement à extraire la base par l'acide oxalique en solution alcoolique, à distiller l'alcool dans le vide, à déféquer la liqueur

(2) *Loc. cit.*, p. 3.

(1) V. *Progrès médical*, 1908, p. 528, 281.
(2) CORNET, les Syndicats médicaux à Paris, in *Progrès médical*, 1909, p. 215.

ainsi concentrée par l'acétate de plomb et à précipiter par l'ammoniaque la liqueur filtrée et concentrée à nouveau. 118 kgs de capsules surrénales fournies par 3900 chevaux donnent 125 g. d'adrénaline pure *lévogyre*, s'oxydant facilement à l'air.

b) *Constitution de l'adrénaline* — L'adrénaline rigoureusement pure, obtenue par des précipitations fractionnées, répond à la formule $C^9 H^{13} Az O^3$ indiquée par Aldrich et possède les réactions générales des alcaloïdes. Sa constitution, indiquée par Pauly, confirmée par Friedmann, (*Beitrag. Chem. Physiolog.* 6, 92, 1905) paraît définitivement établie par la synthèse réalisée par Flury (*Zeitsch. fur Augenchemi* t. XXI, page 877) : La formule suivante résulte de ces travaux.

CH
Ho — noyau — CH — OH — CH^2 — Az(H)(CH^3)
Ho — CH
CH

On s'explique facilement d'après cette formule les propriétés suivantes de l'adrénaline.

1° Coloration verte par le perchlorure de fer, due aux 2 oxyhydriles fixées en position ortho sur le noyau benzénique ;

2° Obtention d'un triéther, par éthérification des 3 oxhydriles.

3° Obtention d'un sel, lorsqu'on sature par un acide le groupement basique Az H — CH^3 .

4° L'action de la potasse en fusion qui oxydant la chaîne latérale conduit à l'acide pyrocatéchique. $C^6H^3 \begin{cases} CO^2H \\ OH \\ OH \end{cases}$

5° Le pouvoir rotatoire dû au carbone asymétrique supportant la fonction alcool secondaire.

c) *Synthèse de l'adrénaline.*— La synthèse chimique de l'adrénaline ne conduit pas au composé lévogyre comme l'adrénaline naturelle, mais à un mélange d'adrénaline lévogyre et dextrogyre en quantités égales, mélange qui est donc inactif par compensation sur la lumière polarisée.

Pour réaliser cette synthèse, on part de la pyro-catéchine sur laquelle on fait agir l'acide monochloro-acétique suivant la réaction :

$$3\ C^6 H^4 \begin{cases} OH \\ OH \end{cases} + PO\,Cl^3 + 3\ CH^2\,Cl - CO^2\,H =$$

$$3\ HCl + PO^4\ H^3 + 3\ C^6\ H^3\,(OH)^2 - CO - CH^2\,Cl.$$

On obtient ainsi la chloracétopyro-catéchine qui est traitée ensuite par la méthylamine ; le produit de cette réaction est l'acétone correspondante à l'adrénaline, ou *adrénalone* qu'il suffit d'hydrogéner par l'amalgame d'aluminium ou par l'électrolyse pour obtenir l'adrénaline de synthèse.

Cette synthèse du reste doit être très délicate puisque jusqu'ici l'industrie continue à extraire l'adrénaline des capsules surrénales ; malgré le prix de revient très élevé (60 fr. le gramme), mais il est très probable que l'adrénaline de l'avenir sera fournie par la synthèse, car la pyrocatéchine qui sert de point de départ à celle-ci vaut environ 40 fr. le kg. (1).

(1) Il faut pourtant noter que d'après la communication de Fröhlich au récent congrès de Budapest, l'adrélanine des capsules surrénales aurait une activité plus grande que l'adrénaline synthétiqne (N.D.L.R.)

d) *Composés synthétiques voisins.* — On obtient des corps qui comme l'adrénaline élèvent la pression sanguine et contractent les vaisseaux ; en remplaçant dans la formule de celle-ci.

$Az \begin{cases} H \\ CH^3 \end{cases}$ par $Az \begin{cases} H \\ C^2 H^5 \end{cases}$ ou $Az \begin{cases} H \\ H \end{cases}$ ou $Az \begin{cases} H \\ CH^2 - CH^2 - OH \end{cases}$

De même, l'acétone correspondante (adrénalone) agit comme l'adrénaline, mais beaucoup plus faiblement.

Les *homologues de l'amino-acétylpyro-catéchine* agissent aussi ; mais on doit noter que les bases libres sont plus actives que les bases éthylées ; que la base éthylée agit plus fortement que la base méthylée ; chose singulière les bases diméthylées et diéthylées sont inactives, ainsi que la base éthanol aminée. (Lœvi et H. Meyer. Ar. PP, 53-213.)

L'*amine acétophénone* $C^6\ H^5 - CO - CH^2 - Az\ H^2$ agit comme paralysant les mouvements volontaires. Les vaisseaux ne sont pas contractés. Certaines doses provoquent une petite élévation de la pression sanguine.

La substance dilate la pupille (Pitini : *Arch. de Pharmacologie* 1905-14-75).

On doit rapprocher aussi de l'adrénaline l'*hydrastinine* par suite des analogies de formule et de propriétés. (Kurdenowski, *Engelmann's Arch.*, 1904. suppl. II, 323). L'hydrastinine agit à la fois sur le système central vasomoteur et sur les vaisseaux eux-mêmes.

$CH^2 \begin{cases} O \\ O \end{cases}$ noyau — $CH^2 - CH^2 - Az \begin{cases} H \\ CH^3 \end{cases}$
CHO.

La *cotarnime*, dont le chlorhydrate est quelquefois appelé stypticine, au contraire, ne possède plus la propriété de contracter les vaisseaux (Pio Marfori, *Arch. Ital. de Biolog.* 1897, fasc 2.)

CH^3
$CH^2 \begin{cases} O \\ O \end{cases}$ noyau — $CH^2 - CH^2 - Az \begin{cases} H \\ CH^3 \end{cases}$
CH O

***

Conclusions. — D'après ces exemples, on voit qu'il y a réellement une relation entre la constitution chimique de ces composés et leurs propriétés physiologiques ; on voit que de faibles transformations dans les formules de constitution peuvent amener de grandes différences dans les propriétés. Il semble bien que ces propriétés aient la caractérisque chimique suivante :

Ortho-diphénol éthérifié ou non.
Amine primaire ou secondaire.
Fonction réductrice due à { alcool secondaire. / cétone. / aldébyde.

On peut espérer par une étude plus complète arriver à établir les lois qui relieront les propriétés physiologiques des corps à leur constitution chimique. Beaucoup d'autres exemples, dont quelques-uns sont classiques, peuvent servir à fortifier cet espoir. La pharmacie chimique aura sans doute un bel avenir.

REVUE DES JOURNAUX

L'autosérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux.

M. Marcou, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de service à l'hôpital Troïtzky de Saint-Pétersbourg, a étudié la méthode autosérothérapique imaginée par Gilbert, de Genève, et qui consiste à injecter sous la peau du pleurétique deux centimètres cubes, chaque semaine, de son propre liquide.

Ses conclusions sont les suivantes :

L'autosérothérapie est applicable chez tous les malades porteurs d'un épanchement séreux ou hémorragique. Le pus est contre-indiqué. Dans la pluralité des cas, la résorption consécutive est rapide. La maladie causale (tuberculose, fièvre typhoïde, etc.) continue à évoluer pour son propre compte.

Les épanchements moyens chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses avancées paraissent réfractaires à ce traitement.

Depuis 4 ans, je n'ai fait qu'*une seule ponction évacuatrice* sur 82 malades souffrant d'une pleurésie exsudative. Tous mes malades ont guéri.

Les cas les plus probants sont les gros épanchements pris au début.

Voici, d'après cet auteur, la technique qu'il convient de suivre :

La technique suivie est très simple et *absolument indolore*. Il ne faut pas croire que des précautions aseptiques extraordinaires soient nécessaires. Le seul instrument indispensable, — seul stérilisable facilement, — c'est la seringue en verre de 2 centimètres cubes de Luer. Le nettoyage de la peau est le même que pour une simple piqûre exploratrice. Sur plus de 150 piqûres de Gilbert, je n'ai jamais eu le moindre accident.

L'aiguille doit être longue, car dans les exsudats très fibrineux, il arrive parfois qu'il faut traverser jusqu'à 4 centimètres de fausses membranes très épaisses et très dures pour tomber sur la nappe liquide.

On prend 2 centimètres cubes du liquide citrin et on retire lentement l'aiguille *sans la sortir complètement* ; quand on sent la pointe de l'aiguille sous la peau, on incline obliquement la seringue et on injecte tout son contenu sous la peau. De cette façon, on ne pique pas 2 fois le malade. On ne fait qu'un déplacement de sérosité : 2 centimètres cubes de liquide de la fente lymphatique intrapleurale sont injectés dans les fentes lymphatiques sous-cutanées. Après quoi, on retire définitivement l'aiguille et l'on place un petit morceau de gaze stérilisée, *sons collodion*, sur la piqûre. Le malade se couche dessus ; on le prie de rester immobile 1 /2 heure. Aucun pansement ni bandage n'est indispensable. L'obturation de la piqûre est inutile. Car il importe de gêner le moins possible le thorax et sa mobilité. Je n'ai jamais vu ni rougeur ni irritation quelconque de l'endroit injecté. La douleur est nulle et l'anesthésie locale est absolument inutile. Il suffit de rassurer et de calmer son malade pour bien écarter l'espace intercostal. La douleur consécutive à la piqûre et à l'injection est également nulle. Une 2e piqûre est faite au bout d'une semaine. (Marcou, *Presse médicale*, 1909, nº 71, page 627.)

Varices rénales.

Les varices rénales, qu'il vaudrait peut-être mieux appeler angiomes ou varices papillaires, constituent une entité morbide distincte, caractérisée par la formation de varices au niveau du sommet d'une ou de plusieurs papilles rénales. C'est à cette affection qu'il convient de rapporter un certain nombre des cas d'hématuries soi-disant essentielles.

C'est Fenwick qui le premier, en 1904, a attiré l'attention sur la présence d'angiomes ou de nævus des papilles du rein comme cause d'hématurie essentielle.

Il y a fréquemment coïncidence d'autres lésions caractérisant la diathèse variqueuse : varices des membres inférieurs, varicocèle, hémorroïdes. Une seule de ces localisations mérite de nous arrêter, c'est le varicocèle. Celui-ci ,quand il est spontané, siège presque toujours ou du moins est toujours plus marqué du côté gauche. Or, comme de ce côté le plexus pampiniforme vient se terminer directement dans la veine rénale à peu de distance du rein, il serait très admissible que la dilatation variqueuse envahisse également la veine rénale et se propage jusqu'aux rameaux d'origine de cette dernière.

Anatomiquement, les lésions observées sont variables.

A l'œil nu, rien ne décèle parfois l'existence de la lésion et seul le microscope la révèle.

Dans les autres cas l'aspect macroscopique est assez typique. La muqueuse qui recouvre le sommet de la papille, semble parcourue de vaisseaux nettement variqueux : elle peut être rouge ou violet foncé et on voit parfois, sur le bassinet ouvert au cours de l'intervention, quelques gouttes de sang perlant au sommet de la papille malade.

Au microscope, on voit au sommet de la papille de petites veinules irrégulièrement dilatées et recouvertes simplement du côté du bassinet par une très mince lamelle conjonctive et une seule couche de cellules épithéliales : ces veines se projettent dans la cavité du bassinet sous forme d'ampoules variqueuses disséminées çà et là.

L'absence de néphrite sur les reins ainsi atteints est habituelle.

Le symptôme principal des varices rénales, c'est l'hématurie : c'en est aussi le plus souvent le seul symptôme.

Cette hématurie est ordinairement abondante, au point d'amener les malades à un degré marqué d'anémie, cela parfois même en peu de temps (14 jours, Fenwick II). Tantôt elle est continue, tantôt intermittente, revenant à plus ou moins longs intervalles et se prolongeant pendant des périodes plus ou moins longues. Cette apparition et cette disparition de l'hématurie peut se faire sans cause, c'est même le cas le plus ordinaire, ou à l'occasion du plus léger exercice.L'hématurie initiale est le plus ordinairement spontanée.

L'hématurie est, de règle, indolore ;

Il n'existe aucun autre signe urinaire, sauf parfois un léger degré de fréquecce des mictions.

Il y a peu de choses à dire du pronostic. Il s'agit d'une affection bénigne de nature, mais qui peut revêtir un haut degré de gravité du fait de l'anémie, qu'entraînent l'abondance et la répétition des hématuries. Dans plusieurs cas, seule une intervention faite à temps a permis de sauver la vie du malade.

Le traitement doit retenir un peu notre attention.

Lorsque le traitement palliatif,auquel il faudra toujours avoir recours dès l'abord, aura échoué, (repos, sels de chaux, etc.), il conviendra d'intervenir sans trop tarder pour ne pas avoir à opérer des sujets trop anémiés. (Guibé, *Presse médicale*, 8 septembre, 1909, p. 633.)

Des altérations du nerf grand sympathique dans la mélancolie.

L'état mélancolique est caractérisé par des symptômes mentaux et des signes physiques.

Au point de vue mental, on observe tout d'abord de la tristesse, de la douleur morale, de la dépression et du découragement, insuffisance des perceptions, lenteur de l'idéation, etc.

Les idées délirantes quand elles surviennent sont secondaires à la douleur morale et, suivant l'opinion devenue classique de Griesinger, elles sont considérées comme des tentatives d'interprétation que fait le malade de son état pathologique : habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses et se sentant triste sans raison, il cherche la cause de cette tristesse et « avant qu'il s'interroge,la réponse lui arrive déjà ». La réponse qu'il trouve constitue la formule du délire : idées de culpabilité, de ruine, etc.

Si nous passons en revue les différents troubles physiques initiaux des mélancoliques, nous constatons qu'ils offrent de nombreuses analogies avec ceux des neurasthéniques : faiblesse générale, fatigue pour le moindre effort, céphalalgie, bourdonnement d'oreilles, battements dans les tempes, palpitations,anxiété précordiale, insomnie, troubles vaso-moteurs, etc.

Dans une période plus avancée de la maladie, les troubles vasomoteurs sont plus marqués encore :

La vaso-constriction détermine la pâleur des téguments,l'algidité des extrémités, l'absence du pouls périphérique ; à côté des troubles généraux de la nutrition déterminant de la sécheresse de la peau, on observe de l'anorexie, de la constipation opiniâtre, alternant avec des crises de diarrhée séreuse, une diminution des sécrétions du suc gastrique, de la sueur, de la salive, du sperme.

Un grand nombre de ces symptômes sont sous la dépendance

d'altérations du nerf grand sympathique ou des centres vaso-moteurs.

Dans un cas où la dépression mélancolique a évolué chez un héréditaire, M. Vigouroux a constaté en même temps que des lésions organiques d'origine tuberculeuse, une inflammation chronique des ganglions semi-lunaires. Cette lésion du sympathique peut être considérée comme la base des troubles cénesthésiques du début de la maladie. (Vigouroux, *La Clinique*, 20 août 1909, p. 531.)

Dr Francis.

LE XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(*Suite*). (1)

Pathologie générale

MM. Marcel Garnier et L.-G. Simon (de Paris). — **Des conditions qui déterminent le passage dans le sang des microbes contenus normalement dans l'intestin.** — Les microbes qui habitent normalement le tube digestif, s'ils franchissent la muqueuse intestinale, rencontrent le foie, quand ils ont gagné la veine porte, les ganglions mésentériques, quand ils ont pris la voie des chylifères, avant d'atteindre la circulation générale. Ainsi, l'organisme se trouve protégé par une double ligne de défense : un processus dont l'action se limite à la muqueuse intestinale sans léser le foie, ni les ganglions, tels que l'application locale d'un caustique chimique, permet l'infection du sang porte, mais les microbes ne passent pas dans la grande circulation. Qu'intervienne, au contraire, une cause agissant à la fois sur la muqueuse et les glandes, comme la ligature de l'intestin ou certaines intoxications, alors les bactéries intestinales, ou en particulier les espèces anaérobies, apparaissent dans le sang périphérique. Même, une altération grossière de la muqueuse n'est pas indispensable pour que les microbes de l'intestin viennent infecter le sang ; certains processus, comme l'immobilisation prolongée, l'échauffement à l'étuve, déterminent chez le lapin l'exode des bactéries et leur passage dans la circulation, en sidérant en quelque sorte les moyens de défense de l'organisme.

En clinique humaine, on peut de même trouver des bactéries intestinales dans le sang périphérique au cours de l'occlusion de l'intestin, et aussi dans la dothiénentérie, où des microbes banaux peuvent infecter le sang à côté du bacille d'Eberth. Il semble que tous les processus amenant un affaissement profond des forces réactionnelles de l'économie, comme l'asphyxie par les gaz délétères, déterminent aussi une bactériémie à point de départ intestinal. On conçoit, par les résultats déjà acquis, et par ceux que les données expérimentales peuvent faire prévoir, l'importance de ces faits en pathologie générale.

M. Jean Nicolaidi (de Paris). — **Modifications de la nature du terrain par les solutions polyminéralisées radio-actives à réaction acide progressive.** — L'auteur rend compte de ses recherches sur les modifications de la nature du terrain provoquées par les solutions polyminéralisées radio-actives, à réaction acide progressive, et sur l'application de la sérothérapie à la pellagre. Après avoir étudié, dans une première série d'expériences sur les animaux, l'action des solutions injectables à minéralisation complexe, contenant des doses croissantes d'acide phosphorique et d'acide glycéro-phosphorique, l'auteur, incité par les travaux sur les propriétés thérapeutiques attribuées à la radio-activité, a été amené à radio-activer les solutions employées précédemment. Une nouvelle série d'expériences sur des animaux a montré qu'avec la solution radio-activée, l'augmentation des échanges nutritifs, l'augmentation du poids, l'augmentation des globules rouges était plus marquée.

Depuis près d'une année, l'auteur a procédé à plus de 700 injections avec la solution polyminéralisee radio-active, à réaction acide progressive, réaction qu'il désigne par radio-acidité, A, B, et C. Il a pu constater des résultats favorables dans la déminéralisation, la dénutrition, les cachexies, certaines maladies infectieuses. Ces effets paraissent dus à des changements de la réaction humorale, à la modification de la nature du terrain, au rétablissement du bilan de l'économie.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur apporte la confirmation de ces données en reproduisant un certain nombre d'observations qui lui ont été communiquées par des médecins ayant eu l'idée d'appliquer cette sérothérapie radio-active au traitement d'une maladie essentiellement cachectisante, infectieuse et toxique, la pellagre. Les résultats communiqués à l'auteur sont extrêmement favorables. On a pu signaler plusieurs cas de guérison complète.

M. Trémolières (de Paris). — **L'entéro-colite muco-membraneuse.** — Le rejet par l'intestin de mucus plus ou moins concrété est un phénomène banal, presque toujours accompagné de douleurs abdominales et de troubles de l'excrétion intestinale ; il constitue avec eux un syndrome tantôt éphémère et tantôt durable, constituant dans ce dernier cas l'*entéro-colite muco-membraneuse.*

Celle-ci peut dépendre d'une excitation locale permanente (lésion utérine, hépatique, appendiculaire, etc.).

Mais d'autres fois, à la faveur d'une prédisposition foncière, elle survit à sa cause.

On attribue cette prédisposition à un état névropathique (neuro-arthritisme, neurasthénie), qui préexiste, en effet, presque toujours à l'entéro-colite.

On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître au neuro-arthritisme et à la neurasthénie une origine toxique : ils résultent de toxi-infections, d'intoxications d'origine digestive, rénale, hépatique, d'un fonctionnement défectueux des glandes vasculaires sanguines et particulièrement de la thyroide.

Or, l'auteur a dégagé du tableau de l'entéro-colite tout un ensemble de signes physiques et fonctionnels analogue à celui du neuro-arthritisme ou, s'il est accentué, à celui de la neurasténie. L'identité de ce syndrome et des troubles de l'hypothyroidie bénigne chronique d'Hertoghe en fait soupconner l'origine thyroidienne, que la coïncidence de lésions manifestes du corps thyroïde et d'altérations rhino-pharyngées liées au myxœdème fruste ou complet (Delacour, Wingrave, etc.), vient très souvent confirmer.

D'autres fois, c'est à un trouble des fonctions hépatiques ou rénales révélé par la cholémie, les signes du petit brightisme, etc., qu'il convient de rapporter la névropathie, ou à une insuffisance ovarienne ou à toute autre cause d'intoxication, dont on retrouve toujours les signes et les raisons chez les entéro-colitiques. Ces facteurs d'intoxication réagissent les uns sur les autres, influencent directement l'intestin, dont les troubles, à leur tour, réagissent sur le système nerveux, compliquant ainsi l'analyse pathogénique.

Ainsi, la prédisposition à l'entérite muco-membraneuse réside bien, comme on l'a déjà formulé *cliniquement*, dans la neuro-arthritisme, et, comme l'auteur l'a *pathogéniquement* établi, dans une intoxication à point de départ souvent thyroidien, d'autres fois, hépatique ou rénal, dont le neuro-arthritisme n'est que la manifestation la plus visible.

Le système nerveux intoxiqué règle mal les réactions de l'intestin. A toute excitation éphémère, mécanique, toxique, infectieuse ou réflexe, celui-ci réagit, en les divers modes de son activité, moteur, sensitif, sécrétoire et trophique, par un état morbide permanent, l'entéro-colite muco-membraneuse. Sans doute aussi l'intoxication qui dérègle le système nerveux agit, elle aussi, directement sur l'intestin.

La thérapeutique doit être dirigée à la fois contre la prédisposition foncière et contre la cause provocatrice.

Thérapeutique.

M. Bourget (de Lausanne). — **Les résultats cliniques de la sérothérapie.** — D'après son expérience clinique de 15 années dans son hôpital cantonal de Lausanne, M. Bourget croit à l'inefficacité de tous les sérums employés jusqu'ici dans un but thérapeutique. Ceux que vise particulièrement M. Bourget sont ceux destinés à combattre : la fièvre typhoïde, la pneumonie, la tuberculose, la septicémie et les infections à streptocoques, l'érysipèle et la scarlatine, le tétanos, la méningite cérébro-spinale et même la diphtérie.

(1) Voir *Prog. Méd.*, p. 462, 475, 497.

Pressé par des raisons de vanité scientifique et souvent aussi par le mercantilisme, on a affirmé sans preuves suffisantes qu'un sérum qui guérissait des cobayes ou des lapins de telle ou telle maladie infectieuse était aussi capable de guérir l'homme de ces mêmes infections.

Les expériences faites sur les animaux sont incontestables. mais la clinique trouve qu'elles ne se vérifient pas chez l'homme.

Au point de vue pharmacologique, il semble qu'il règne dans ces tentatives sérothérapiques le même esprit crédule et trompeur qui animait les anciens médecins du moyen âge recherchant dans les plantes des substances capables de soulager les maux des hommes.

Pendant cette période empirique, on affirmait aussi que chaque plante guérissait telle ou telle maadie supposée, tout comme aujourd'hui on suppose une infusion glycérinée du bacille de Koch capable de guérir la tuberculose.

Les chercheurs de spécifiques sont légion et malheureusement la plupart manquent totalement de méthode scientifique. Ils s'imaginent qu'il suffit de formuler une théorie et de chercher dans la langue grecque ou latine un mot sonore désignant et qualifiant la substance rêvée, pour que ce rêve devienne une réalité. La thérapeutique moderne enregistre par milliers des substances capables de guérir tous les maux, et dont le type est représenté par ces fameuses toxines et antitoxines, corps et anticorps, dont personne ne connaît la nature physique et chimique, que personne n'a isolées, mais qui représentent quand même des individualités à propriétés thérapeutiques définies.

La grande erreur de la plupart des microbiologistes modernes a été d'échafauder théries sur théories sur ces substances fantômes ,et de mettre, comme l'on dit en français, la charrue devant les bœufs.

M. Bourget attire l'attention des congressistes sur le tort immense fait à la science par ceux qui, sans preuves suffisantes, lancent dans la pratique médicale des médicaments d'origine microbienne, ayant certainement une action sur les animaux en expérience, mais étant de nul effet thérapeutique chez l'homme.

Les livres modernes, où le médecin et l'étudiant en médecine essayent de découvrir la vérité, sont pleins de cete fallacieuse science appelée bactériothérapie, toxinothérapie, décrivant des bactériotropines, des innombrables tuberculines, y compris les tuberculocidines, tuberculoplasmines, tulase et tulon, des léprolines, des endo et des exotoxines, des toxoïdes et des toxones, des agressines, des alexines, des autolysines, des bactériolysines, les opsonines, les cytotoxines, etc., etc.

Une telle abondance de dénominations pour des substances dont nous ne connaissons pas même la nature ne démontre-t-elle pas, à elle seule, qu'une thérapeutique qui s'appuie sur des données aussi théoriques ne doit pas inspirer une bien grande confiance aux cliniciens ?

Toutes ces propriétés, réelles ou fausses ne sont probablement que des fonctions d'albumines modifiées par les processus vitaux, et l'auteur croit téméraire de prodiguer des noms spécifiques à ces substances en fonctions physico-chimiques, avant d'avoir étudié à fond les albumines du sang. Nous ne savons rien ou presque rien sur la nature et les propriétés des albumines du sérum sanguin et il nous manque donc les données primordiales et basales pour pouvoir spécifier les albumines circulantes.

La plupart des médecins microbiologistes qui lancent des nouvelles sensationnelles sur les vertus thérapeutiques de leurs toxines et antitoxines n'ont que des connaissances les plus restreintes pour ne pas dire nulles, sur la chimie, la physique et la biologie végétale, et cependant ces trois sciences, aidées de la physicochimie, sont seules capables de résoudre ce complexe problème de la nature et des fonctions des corps albuminoides dans lesquels s'élaborent et s'accomplissent des processus vitaux, aussi bien que les processus de défense contre les parasites microbiens animaux ou végétaux.

M. Bourget est revenu sur cette question des résultats cliniques de la sérothérapie *à la section de Médecine interne.* Il a envisagé successivement le sérum de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la tuberculose, de l'érysipèle ; il dénie à ces divers sérums toute espèce de valeur.

Tétanos. — Après avoir admis qu'on possédait un sérum spécifique préventif et curatif, l'enthousiasme pour cette méthode thérapeutique diminue.

De toutes parts, on signale l'inefficacité préventive, et quant à l'action curative, elle est nulle. Ce qui le prouve encore, c'est que la technique de l'application continue à varier énormément : sous la peau, dans les veines et en dernier lieu dans les ventricules latéraux, tous ces moyens d'introduction ont été suivis d'échecs.

Les doses, primitivement fixées à 20 centimètres cubes ou 30 centimètres cubes, ont été poussées progressivement par certains chirurgiens jusqu'à 600 centimètres cubes et même 1.200 centimètres cubes dans le cours du tétanos.

Cette simple constatation nous prouve qu'on ne possède pas encore le sérum spécifique du tétanos.

Méningite cérébro-spinale. — Mêmes constatations sur les errements de cette thérapeutique, soit au point de vue des doses, soit au point de vue du lieu d'élection pour l'application du sérum, sous la peau, dans le muscle, dans les veines ou dans le rachis.

La mortalité a été exactement la même dans les injectés et les non-injectés. Dans les années 1907 à 1909, M. Bourget a soigné 24 cas de méningite cérébro-spinale. Onze ont été injectés : 3 sont morts, 6 ont guéri. Treize n'ont pas été injectés : 6 morts, 7 guéris.

La *diphtérie* semblerait être la maladie infectieuse qui a le plus profité de la sérothérapie. La statistique de mortalité depuis l'emploi du sérum antidiphtérique (1894) semble avoir diminué dans de très fortes proportions. Et cependant les mêmes questions se posent que pour les autres sérums.

La dose qui, au début de la méthode, était de 1.000 à 2.000 unités, semble aujourd'hui insuffisante et on conseille d'en administrer jusqu'à 80.000 unités.

L'injection sous-cutanée serait peu efficace ; il faudrait employer la voie intra-veineuse.

L'action préventive du sérum anditiphtérique est actuellement très contestée, et son action sur les accidents postdiphtériques est nulle.

Le sérum antidiphtérique est impuissant contre les symptômes du croup. En outre, le sérum antidiphtérique a été employé dans une foule d'affections, et il s'est trouvé des médecins pour lui découvrir des propriétés curatives dans les affections les plus hétéroclictes.

Tout cela n'est-il pas bien fait pour ébranler notre confiance de clinicien et pour nous faire douter de l'action spécifique du sérum antidiphtérique *chez l'homme* ?

Pendant ces dix dernières années, M. Bourget a soigné 893 cas de diphtérie authentique dans son service d'hôpital, dont 186 ont été injectés et ont donné 16 morts, et 507 n'ont pas été injectés et il n'y a eu que 4 morts, tous arrivés déjà moribonds à l'hôpital. Depuis cinq ans, M. Bourget n'injecte plus de sérum antidiphtérique et sur 226 cas il n'y a eu que 4 morts.

M. Colombo (de Rome).—**Physiothérapie et pharmacothérapie.** — L'auteur examine l'action physiologique et thérapeutique d'un certain nombre d'agents chimiques ou physiques à la lumière des connaissances nouvelles et de sa propre expérience. Le médecin en quête d'un remède peut se trouver en présence de trois cas : il peut désirer produire un effet qui peut être obtenu également bien par un agent physique ou par un agent chimique, ou un effet ne pouvant être obtenu que par l'un ou l'autre de ces agents.

Dans le premier cas, M. Colombo est d'avis de choisir toujours l'agent physique dont on peut apprécier beaucoup plus facilement les effets et graduer plus exactement l'intensité. L'agent chimique est toujours moins bien connu : nous pouvons bien connaître sa composition et son action *in vitro*, mais nous sommes jusqu'ici dans l'ignorance presque complète de ses effets *in corpore* ; lorsqu'il est en contact avec les liquides intracellulaires, nous connaissons mal la résultante de son action sur l'organisme.

M. P. Kouindjy (de Paris).—De l'**application méthodique des agents physiques**. — Pour un grand nombre de praticiens, les agents physiques ne sont que l'apanage de l'empirique. L'électricité et la radiologie sont peut-être les deux agents physiques qui jouissent de la réputation des agents thérapeutiques. Et encore, combien nombreux sont les praticiens pour lesquls l'appli-

cation du courant électrique se résume en une apposition simple de deux tampons de la fameuse boîte électrique. Pour la radiologie, une assemblée scientifique extra-médicale vient de décréter que tout le monde peut en faire et qu'il est inutile de faire la médecine pour appliquer les rayons X en thérapeutique. Quant aux autres agents physiques, comme le massage, la gymastique, la rééducation, la mécanothérapie, l'hydrothérapie, la thermothérapie, etc., la majorité de nos praticiens les traite, sinon avec dédain, du moins avec indifférence.

Il en résulte que ces agents physiques sont appliqués par des personnes dépourvues de toute notion clinique. L'indifférence dans lesquelle nos praticiens laissent ces agents physiques tient à leur ignorance des propriétés physiologiques et thérapeutiques de chacun d'eux. Le massage est celui des agents physiques qui est le plus ignoré, Et pourtant, il a ses indications et ses contre-indications bien établies par la physiologie pathologique de chacune de ces manœuvres. Le massage soi-disant médical appliqué par les masseurs ou masseuses, suédois ou autres, ne peut être considéré comme un agent thérapeutique, car il s'applique d'après un système établi d'avance et uniformément à toutes les affections.

D'après ce système, il commence par les effleurages, suivis du pétrissage, du tapotement, du clapotement, du pincement, et finit par des mouvements passifs, actifs et contrariés. Quelle que soit l'affection à traiter, le massage des empiriques est toujours le même. Pour qu'un massage réponde au besoin thérapeutique d'une maladie, il faut l'appliquer d'une facon méthodique et raisonnée. Il faut d'abord connaître l'action physiologique de chacune des manœuvres massothérapiques, de leurs actions thérapeutiques, et ensuite il faut discuter l'intervention de chaque manœuvre selon les indications cliniques de l'affection traitée. Ainsi, dans le cas d'ataxie tabétique, l'intervention massothérapique dépend de trois périodes de la maladie, et le massage d'un ataxique avec impotence diffère notablement du massage d'un ataxique préataxique, surtout quand, chez celui-ci, l'hypotonie musculaire est peu prononcée. Dans le massage des entorses, l'intervention massothérapique diffère d'abord de l'intensité de l'entorse, ensuite de l'époque de l'intervention : doux dans les entorses avec épanchement, il est plus fort dans les entorses simples.

Dans les fractures au début, les effleurages et les légères pressions suffisent ; quand le cal est formé, on peut faire intervenir le pétrissage, le roulement, et, plus tard, le tapotement. Le massage abdominal superficiel est diurétique. Le massage abdominal profond est surtout tonique, d'où les indications de ces deux massages dans l'artério-sclérose. Ce massage, par son action dynamogénique sur l'appareil cardiaque, agit également sur la tension artérielle. Il faut, par conséquent, savoir comment faire intervenir telle ou telle manœuvre dans chaque affection soumise au traitement massothérapique.

Par conséquent, le massage méthodique possède ses indications et ses contre-indications, comme tout agent thérapeutique. Il présente ses modalités et varie en application selon chaque maladie et selon chaque malade.

La rééducation est une gymnastique raisonnée et méthodique, dont les exercices varient non seulement selon chaque maladie et chaque malade, mais aussi selon chaque phase de la même maladie.

L'hydrothérapie ne peut être utilisée utilement en thérapeutique que lorsqu'elle est appliquée méthodiquement et par un médecin au courant de l'action physiologique des différentes formes d'hydrothérapie : bains, douches, enveloppements humides, lotions, etc. Dans l'application méthodique de l'hydrothérapie, il s'agit de savoir mnœuvrer la douche et utiliser suivant chaque malade, chacune de ces formes : douches chaudes, froides, tièdes, avec pression, sans pression, fortes ou faibles, etc.

Conclusions. — Les agents physiques doivent être soumis à une réglementation appropriée, comme tous les autres agents thérapeutiques. Cette réglementation est basée, d'une part, sur les propriétés physiologiques de chacun de leurs éléments consécutifs et d'autre part, sur leur action thérapeutique dans chaque affection. Par conséquent, en thérapeutique, l'application des agents physiques devient indispensable pour le médecin et nécessaire pour les malades. (*A suivre*)

ANALYSES

Diagnostic de l'impaludisme latent; par le prof. Plehn, (*Munch, Mediz. Wochenschr.*, 24 août 1909, n° 34, p. 1732.)

Il y a *trois* périodes d'impaludisme latent : la *première phase* correspond à l'incubation, c'est le temps qui sépare l'infection du premier accès, les symptômes sont discrets : un certain degré de nervosité, des troubles digestifs et une anémie plus ou moins prononcée.

La *deuxième phase* correspond à l'intervalle entre deux accès ; elle présente les mêmes manifestations cliniques que la première période, notamment l'anémie qui s'accompagne d'une hypertrophie splénique plus ou moins forte et d'une hypertrophie hépatique inconstante. Pendant cette période on constate dans le sang la présence et l'abondance de leucocytes mononucléés à grand protoplasme non granuleux contenant des grains pigmentaires caractéristiques (15 à 20 p. 100 du chiffre total des globules blancs). Il ne faut pas oublier qu'on constate cette abondance des grandes cellules lymphoïdes dans les autres infections à protozoaires : tripanosomiase, etc.

L'existence de granulations basophiles dans les globules rouges a également sa valeur ; on les rencontre également dans les autres infections à protozoaires.

La *période latente finale* qui succède aux derniers accès fébriles dure quelques mois chez les sujets usant de quinine à titre prophylactique pendant toute la durée de leur séjour en pays infesté, elle peut durer des années chez les autres sujets.

Le professeur P. Plehn attire l'attention sur l'urobilinurie des paludéens, qu'il place sous la dépendance de la destruction exagérée des globules rouges et des ulcérations hépatiques.

Pendant la première période latente, l'urobilinurie est inconstante, elle peut durer et persister pendant la période latente finale : le point important est de savoir quand finit cette période latente finale pour faire place à la guérison absolue, la disparition de l'hémoglobinurie peut servir à orienter le diagnostic ; elle indique en effet que les troubles morbides du foie causés par le paludisme se sont amendés.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que l'urobilinurie peut avoir d'autres causes que le paludisme, et inversement, que la malaria peut épargner le foie et ne pas provoquer d'hémoglobinurie. R. Debré.

BIBLIOGRAPHIE

Les accidents du travail ; par le Dr A. Marie et R. Decante 1 vol. in-18° (287 p.) de l'Encyclopédie internationale d'assistance, prévoyance hygiène et de démographie (V. Giard et E. Brière, éditeurs, Paris, 1909).

Après l'exposé sommaire de la législation actuelle du risque professionnel en France, les auteurs font une étude critique très complète des réformes susceptibles de l'améliorer.

Ils exposent le principe de la prévention de l'accident, donnent les résultats de la prévention en Allemagne, en Belgique, les Pays-Bas, les Etats-Unis. l'Italie et pensent que l'intervention directe de l'assureur intéressé sur les bases d'une réglementation établie par les groupements professionnels compétents serait le meilleur système à recommander pour l'organisation d'une réglementation efficace de la prévention.

Ils étudient ensuite « l'atténuation des accidents, c'est-à-dire l'ensemble des mesures tendant à diminuer les conséquences traumatiques des sinistres ». Ils passent en revue ce qui a été fait à cet égard en Allemagne, en Italie (postes de secours, appropriation des soins postérieurs à l'atténuation des accidents, mécanothérapie, établissements spécialisés en Allemagne) et concluent à la nécessité de créer en France des établissements appropriés et d'organiser le travail de l'invalide.

Ils terminent par un chapitre sur la *médecine et les accidents du travail*, exposent la question de *l'état antérieur*, celles des *folies traumatiques* et les *accidents du travail*, la sinistrose.

En résumé, cet ouvrage présente une synthèse des problèmes nombreux et intéressants soulevés par la législation des accidents du travail. C'est une étude consciencieuse, claire et concise des efforts tentés pour perfectionner ce chapitre fondamental du code des lois ouvrières, qui sera lue utilement par tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin aux accidents du travail, en particulier par les médecins praticiens. D. Estrabaut.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Les stomatites mercurielles frustes.

Stomatites localisées aiguës (1).

Par **G. MILIAN**, médecin des hôpitaux.

Les stomatites localiseés aiguës sont les plus fréquentes en même temps que les plus importantes des stomatites mercurielles, car elles sont déjà l'indice du début de l'invasion des gencives par le processus toxi-infectieux. Que le traitement continue encore quelques jours, que la mâchoire ne soit pas l'objet de soins minutieux et assidus, et, rapidement, la stomatite gagnera et s'étendra de toutes parts.

Ces stomatites localisées se produisent, comme on va le voir, dans des régions d'élection, mais il est difficile d'expliquer pourquoi elles s'y produisent plutôt qu'ailleurs, sauf pour ce qui est des dents cariées et chicots où il existe un foyer microbien, dont le mercure qui s'élimine à leur niveau exalte la virulence en même temps qu'il altère les tissus.

Nous décrirons chacune de ces lésions par ordre de fréquence.

***

La gingivite périphérique est appelée ainsi par Fournier parce qu'elle siège autour de tous les points infectés de la gencive, dent cariée, tronçon de dent, chicot encadré d'une gencive chroniquement enflammée et ramollie, etc.

La dent cariée, le chicot, qui jusqu'alors étaient endormis, se réveillent sous l'influence du traitement mercuriel et deviennent douloureux ; la gencive est irritée, agacée, sensible à la pression, au point que le malade redoute le passage de la brosse. La gencive est enflammée au voisinage de la dent, présentant un liséré rouge de 1/2 à 1 mm. de large au voisinage du collet, gonflée, décollée sur une légère étendue, laissant même parfois sourdre une petite ligne purulente entre elle et la dent quand on presse du doigt à sa surface. La fétidité de la carie ou du chicot s'accentue considérablement.

Cette stomatite s'étend généralement aux dents voisines même saines et peut rester ainsi cantonnée quelque temps, mais, très rapidement, elle peut s'étendre à toute la bouche, surtout s'il y a d'autres dents cariées qui servent également de foyers d'infection. On comprend facilement le rôle de la carie et du chicot dans la production de la stomatite mercurielle, quand on a vu ces gingivites périphériques initiales et l'on comprend que cela soit, pour le médecin, un devoir fondamental de débarrasser la mâchoire de tous ces foyers infectés, avant d'entreprendre le traitement hydrargyrique.

Ces gingivites périphériques sont, dans certains cas, très utilement révélatrices. C'est ainsi que, récemment, j'observais à l'hôpital Saint-Louis un homme de 55 ans, atteint d'une dermatite exfoliante généralisée. Les squames un peu grasses, le suintement qui existait par places, les croûtes jaunâtres mellicériques qui en résultaient, faisaient penser à une hydrargyrie cutanée. Mais l'enquête restait absolument infructueuse ; il était absolument impossible de retrouver dans l'anamnèse aucune trace d'absorption de mercure, sous quelque forme qu'elle fût. On ne trouva non plus aucun autre signe qui vînt confirmer l'hypothèse que nous avions faite. Or, vingt jours après l'entrée du malade à l'hôpital, celui-là se plaignit de douleur dans la bouche. Et nous constations autour de chicots de la mâchoire supérieure un gonflement avec purulence de la gencive ; même chose au niveau des incisives médianes inférieures, en face desquelles sur la muqueuse de la lèvre, existait une ulcération parallèle à l'arcade dentaire, peu profonde, recouverte d'un enduit diphtéroïde. Le tout était accompagné de la fétidité de l'haleine *sui generis*, caractéristique de la stomatite mercurielle.

***

Décollement rétromolaire. — C'est la lésion la plus commune, celle qu'on observe dès le début de la stomatite, celle qui constitue parfois toute la stomatite, celle qui est également la plus caractéristique.

Autour de la *dernière molaire inférieure*, qui, ordinairement, est la dent de sagesse, la gencive se décolle. Le malade, dont l'attention est attirée par une légère sensibilité, peut insinuer le bout de la langue entre la gencive et la dent, spécialement à la partie toute postérieure. Le malade n'y prend pas garde, car il n'y a là rien d'inquiétant. Le médecin peut constater ce décollement de la gencive souvent très marqué, ainsi qu'il arrive au niveau de la dent de sagesse, lorsque la gencive recouvre la dent en pareil cas, on voit au-dessus de celle-ci un petit lambeau flottant, rouge et saignotant.

C'est là une symptomatologie caractéristique de l'intoxication mercurielle. Et il ne faudrait pas la qualifier, comme font beaucoup de médecins et de dentistes, d'accidents de la dent de sagesse.

***

La gingivite médiane inférieure siège au niveau des incisives inférieures. Les gencives sont sensibles au niveau de ces quatre dents ; bientôt elles y gonflent, formant un petit bourrelet œdémateux dont le bord libre est rouge vif, véritable érosion linéaire. Il s'y joint souvent des ulcérations irrégulières, à grand axe vertical, à fond jaunâtre, douloureux extrêmement rebelles.

Souvent, c'est en arrière des incisives médianes supérieures, au niveau de la voûte palatine, à quelques millimètres de l'arcade dentaire, qu'existe une certaine sensibilité.

Celle-ci est réveillée par le contact des aliments, ou simplement par le passage de la langue, avec laquelle le malade explore le région sensible. Comme les lésions produites sont surtout d'ordre œdémateux, on découvre parfois à ce niveau des saillies transversales, exagération de papilles transversales analogues à celles qu'on trouve en beaucoup plus grand nombre chez le lapin.

Il est quelquefois difficile de distinguer la stomatite médiane inférieure de *plaques muqueuses* développées au même niveau. L'erreur est souvent commise au grand préjudice du malade qui peut continuer à prendre du mercure, alors qu'il a une stomatite, ou qui s'abstient d'en absorber, alors qu'il a un accident syphilitique.

La plaque muqueuse de la gencive n'est pas fréquente ; c'est précisément pour cela qu'on la méconnaît souvent et qu'on la prend pour l'usuelle stomatite.

La plaque muqueuse est généralement beaucoup plus localisée que la stomatite, elle est ronde ou ovalaire, légèrement saillante et de surface opaline, voisine comme coloration de la leucoplasie.

***

Stomatite génienne. — A la face interne des joues, au niveau des dernières molaires à la hauteur de l'espace interdentaire, existent une ou deux ulcérations peu profondes, jaunâtres, irrégulières de forme, plutôt triangulaires, dont les bords

(1) Voir le *Progrès Médical* du 3 juillet 1909 p. 318, pour les stomatites catarrhale et névralgique.

descendent en pente douce et dont le pourtour est légèrement enflammé.

Ces ulcérations sont très douloureuses et empêchent le malade d'ouvrir convenablement la bouche. Elles sont étendues en surface et non linéaires. On dirait qu'on a enlevé avec un rasoir un copeau de muqueuse, mais un copeau irrégulier dont les bords présentent des bavures.

Leur aspect et leur siège sont à peu près pathognomoniques.

C'est ainsi qu'un jour dans une famille d'Argentins où j'avais été appelé pour soigner un jeune homme atteint d'ne orchite blennorrhagique, le frère aîné, magistrat à Buenos-Aires, me dit, en présence du malade et de sa mère: « Docteur, puisque vous voilà, regardez donc ma gorge ; j'y ai très mal depuis quelques jours. Que faut-il faire ? »

Je regardai et je découvris au fond de la bouche, à droite, un décollement de la gencive gonflée et saignante autour de la dernière molaire inférieure ainsi qu'une ulcération diphthéroïde de la joue, à la hauteur de cette même dent, le tout très douloureux et accompagné d'un peu de fétidité mercurielle.

Gêné pour répondre en présence de l'entourage, et pensant interroger le malade en tête en tête, je répliquai qu'on verrait cela un peu plus tard, et quand je pus être seul avec le dit magistrat : « Vous avez là, lui dis-je, une stomatite mercurielle. Auriez-vous donc la syphilis et prendriez-vous du mercure » ?

Le magistrat me regarda d'un air courroucé et me répondit d'un ton non moins courroucé, que jamais il n'avait eu pareille maladie; que d'ailleurs, il était marié, et que jamais par suite, il n'avait absorbé une parcelle de mercure. — « Vous vous trompez sûrement, me dit-il ; j'ai attrapé froid, il y a quelques jours, c'est cela qui a provoqué cette angine et non pas ce que vous supposez ». Et le calme était loin de revenir dans son attitude, son geste et son regard.

C'étaient pourtant bien là le décollement rétro-molaire, l'ulcération génienne juxta-molaire, la fétidité *sui generis* de la stomatite mercurielle.

— « Ne vous fâchez pas, lui dis-je ; ce n'est pas sans raison que je vous parle d'absorption de mercure. Les signes en sont nets dans votre bouche. Et il est possible que vous vous intoxiquiez sans vous en douter, et il est de votre intérêt de le savoir. Cherchons ensemble, voulez-vous ? N'avez-vous pris aucun sirop, aucune potion, aucun dépuratif comme disent les pharmaciens, dans le courant du mois qui vient de s'écouler ? »

— « Non, je n'ai absolument rien avalé ».

— « Ne vous êtes vous fait aucune friction avec une lotion, ou une pommade quelconque ? »

Son visage s'éclaircit.

— « Ah, si me dit-il, je me souviens. Voilà l'affaire. Vous avez raison. Il y a quinze jours, je me suis aperçu que j'avais des petites bêtes qui me démangeaient horriblement et que j'avais attrapées sans doute dans quelque cabinet. Je suis allé voir un pharmacien qui m'a donné une pommade noire avec laquelle je me suis frictionné et qui m'a guéri. C'était de l'onguent.... voyons comment appelez-vous cela ?

— « De l'onguent napolitain » ?

— « C'est cela même. Alors vous croyez que c'est cela ? »

— « Il n'y a pas de doute. Et vous voyez que vous aviez tort de vous fâcher tout à l'heure quand je vous disais que vous aviez absorbé du mercure ! »

Le décollement périmolaire inférieur et la stomatite génienne juxta-molaire étaient réhabilités.

***

Glossite mercurielle. — A l'état saburral de la stomatite catarrhale se joignent souvent des *ulcérations* d'un ou des deux bords de la langue. Ces ulcérations sont allongées parallèlement au bord de la langue, elles sont moins dipthéroïdes, et paraissent quelquefois infiltrées à cause de l'œdème qui hypertrophie l'organe. Dernièrement encore, je voyais une de ces lésions linguales si infiltrée qu'on aurait pu croire à un accident primitif. Le diagnostic de chancre syphilitique s'imposait d'autant plus à l'esprit qu'il s'agissait d'une érosion ovalaire, unilatérale, s'accompagnant d'un engorgement ganglionnaire considérable. L'œdème lingual, l'état saburral de la langue, une érosion génienne diphtéroïde de la partie postérieure de la joue, seuls, pouvaient faire songer à la stomatite mercurielle, car il n'y avait ni fétidité de l'haleine, ni gonflement des gencives. A notre interrogatoire, la malade répondit qu'elle était syphilitique depuis quatre mois et qu'elle prenait encore actuellement des pilules de protoiodure. La guérison par les lavages buccaux et la suppression du mercure vinrent confirmer encore le diagnostic.

D'autres fois, les ulcérations ont un aspect tout autre : ce sont des dépressions du bord de la langue reproduisant le moule des dents correspondantes ; les bords relevés de ces dépressions sont recouverts d'un enduit blanc jaunâtre qui pourrait faire croire à des plaques muqueuses. Ce sont les dents qui ont laissé leur impression sur la langue hypertrophiée par l'œdème et qui vient presser contre elles.

Le *diagnostic* de la nature de ces ulcérations se fait surtout par l'*état saburral* concomitant de la langue. Quelquefois cet état saburral peut aller jusqu'à la *langue pileuse*, dont il existe un très remarquable moulage dans la collection de M. le professeur Fournier au musée de l'hôpital Saint-Louis. On sait qu'à l'état normal, il existe à la surface de la langue un grand nombre de papilles dites filiformes, qui sont constituées par un long et mince axe conjonctif coiffé d'un cône très effilé de cellules épidermiques. Lorsque la muqueuse linguale est irritée, ces papilles participent à l'inflammation générale ; elles s'allongent jusqu'à devenir visibles à l'œil nu et même à constituer de petits filaments blanc grisâtre analogues à des poils, dont ils ont d'ailleurs presque complètement la structure histologique. C'est ainsi que se constitue la langue dite pileuse qui se rencontre à l'état d'ébauche dans la plupart des états saburraux et dont le mercure est un des principaux facteurs.

La *tuberculose*, la *syphilis* sont incapables à elles seules de produire ces variétés de glossite. Il faut bien le savoir sous peine de s'exposer à porter un préjudice grave aux malades. Le fait suivant montrera pratiquement comment les choses peuvent se passer. Un médecin des environs de Paris m'envoyait un jour un malade et m'écrivait : « M. X... présente depuis plus d'un an des ulcérations syphilitiques de la langue dont il ne peut se débarrasser. Il prend des pilules et va mieux, mais dès qu'il cesse, cela reparaît. Que dois-je faire ? »

Je répondis de pratiquer six à dix injections d'huile grise de sept centigr., d'interrompre un mois, puis au bout de ce temps, de refaire quatre injections pour parfaire la guérison et prévenir la récidive.

Or sept semaines après, je recevais la lettre suivante du médecin traitant : « Mon cher ami. Nous voici de nouveau dans l'embarras. J'ai fait, à l'heure actuelle, huit piqûres d'huile grise. Vers la 5e, les ulcérations de la langue étaient guéries et le malade retrouvait toute sa joie ; mais voici que depuis quelques jours des ulcérations réapparaissent sur les bords de l'organe, beaucoup plus douloureuses que les premières ; il en est même venu d'autres sur la joue au voisinage

de la dernière molaire. L'état général du sujet est très mauvais et ce pauvre malheureux est de plus en plus neurasthénique et découragé que jamais. Que faut-il faire ? Cesser les piqûres ou bien continuer en augmentant la dose ? »

« La réponse était facile. Les ulcérations syphilitiques avaient guéri par les premières piqûres ; il en venait maintenant de toxiques sous l'influence du traitement mercuriel prolongé. La douleur, les ulcérations de la joue au voisinage des molaires, la fatigue générale, la neurasthénie mercurielle, comme je l'ai appelée, commandaient de cesser le traitement ; ce qui fut fait.

***

Déchaussement et ébranlement des dents. Déplombage des dents. — Les stomatites partielles sont capables d'amener ce qu'on appelle communément le *déchaussement des dents*, c'est-à-dire que la gencive enflammée, détruite par la suppuration, s'use progressivement à son bord libre au niveau du collet de la dent et découvre peu à peu celle-ci. Il semble ainsi au malade que les dents s'allongent. Cet allongement apparent est définitif, car il n'y a pas, je crois, d'exemples de néo-formation de la gencive à son insertion sur la dent.

Ce déchaussement s'accompagne fréquemment d'*ébranlement* de la dent. La malade sent positivement ses dents remuer et il est possible au médecin de leur imprimer quelques mouvements comme si elles étaient prêtes à se détacher de l'alvéole ; cet ébranlement ne s'accompagne pas de douleur comparable à celles de la carie, mais seulement de l'agacement et de la sensibilité habituels à la stomatite.

Il est probable que cet ébranlement des dents pourrait aller jusqu'à l'expulsion de l'organe, si le traitement mercuriel n'était pas interrompu. C'est d'ailleurs ce qu'on observe dans les intoxications chroniques telles que celles observées chez les mineurs d'Amaden ou d'Idria. Lorsque la médication est interrompue à temps, le déchaussement s'arrête et la dent peut reprendre sa solidité.

C'est ainsi qu'à la fin d'août 1905, je voyais un jeune homme qui avait pris, pour une syphilis commençante, 56 pilules de protoiodure du 11 avril au 7 juin et 65 autres du 7 juillet au 17 août. Il y avait un peu de rougeur et de purulence des gencives au niveau des incisives médianes inférieures, ainsi qu'un certain degré de sensibilité et d'agacement des mâchoires. La plupart des incisives inférieures remuaient et il était possible de leur imprimer un petit ébranlement, cela depuis le 10 août environ. Le traitement fut interrompu le 17 août ; des lavages répétés de la bouche, des applications de teinture d'iode sur les gencives améliorèrent assez rapidement cette stomatite. Le 30 septembre, les dents remuaient déjà moins, le 14 octobre, toutes, sauf une qui était encore un peu ébranlée, étaient reconsolidées.

Le *déplombage des dents* est fréquent au cours de ces stomatites. C'est ainsi que chez le malade précédent, le plombage d'une dent tomba en même temps que les dents s'ébranlèrent, alors que ce plombage n'avait pas bougé depuis 4 ans. Le traitement mercuriel est l'ennemi des obturations et bien des patients accusent l'inhabileté de leur dentiste alors que le mercure seul est responsable.

***

Stomatite du voile et des piliers. — Fait inattendu, le mercure peut provoquer des ulcérations du voile du palais, rarement sur la voûte palatine, presque constamment sur le voile mobile. La localisation sur le voile même est précise : les piliers sont quelquefois pris, mais, habituellement, c'est sur la partie latérale du voile, au-dessus et en dehors de la luette, au-dessus et en dedans du pilier, qu'on voit une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 à 2 fr. environ, mais non pas ronde comme une pièce de monnaie, au contraire plutôt quadrilatère, irrégulière, peu profonde, à fond diphtéroïde, à contours enflammés, rouges sur une certaine étendue. Cette ulcération de siège si inusité est à peu près pathognomonique.

Elle est parfois seule ; plus souvent elle accompagne la stomatite génienne et le décollement rétro-molaire, auquel cas le pilier lui-même est pris.

***

On voit, par cette énumération, la multiplicité d'aspects des stomatites mercurielles frustes, et combien il peut être facile de les méconnaître. Un certain nombre de caractères généraux leur sont communs et serviront de fil conducteur.

Ces caractères sont les suivants : en tant que symptômes fonctionnels la *douleur* spéciale : agacement des dents, sensibilité au passage de la brosse à dents ; l'*état général* altéré : anorexie, fatigue générale, teint un peu terreux, constipation, souvent un peu de fièvre ; *fétidité* de l'haleine dont l'odeur mercurielle est si caractéristique ; enfin, comme symptômes locaux : *gonflement des gencives* ; caractères des *ulcérations*, qui sont superficielles, presque seulement érosives, irrégulières, à fond diphtéroïde, entourées d'une zone inflammatoire rouge plus ou moins étendue.

De la pathogénie de la hernie appendiculaire ;

Par le Dr Anselme SCHWARTZ
Chirurgien des hôpitaux.

Les hernies de l'appendice iléo-cæcal sont relativement fréquentes et nous n'avons point l'intention d'en faire ici une étude complète.

Nous ne voulons nous occuper que de la pathogénie, encore obscure en certains points, de cette affection qui d'ailleurs est décrite avec toute l'ampleur qu'elle mérite dans nos traités les plus récents.

Voici d'abord le fait que nous avons eu l'occasion d'observer à la Clinique chirurgicale de la Charité en septembre 1908, alors que nous avions l'honneur de remplacer le Pr. Reclus.

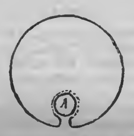
Homme jeune, 25 ans. Hernie inguinale droite dont le contenu, à l'impulsion donnée par la toux, descend jusqu'au fond du scrotum. Le malade porte sa hernie depuis de longues années et elle présente toutes les apparences d'une hernie inguinale congénitale.

Nous l'opérons le 15 septembre 1908. L'incision des couches superficielles nous conduit sur un sac qui présente tous les caractères d'un canal vagino-péritonéal complet, établissant une communication entre la vaginale qui enveloppe le testicule et la cavité péritonéale. Ce canal séreux, mince, est entouré d'une membrane lardacée. La vaginale est épaisse et contient un peu de liquide.

Comme contenu de cette hernie (l'intestin ou l'épiploon ne s'y trouvant plus au moment de l'opération), on ne trouve que l'appendice iléo-cæcal présentant une disposition spéciale : long de presque 20 centimètres, il est appliqué dans toute sa longueur à la surface postérieure du sac ; son extrémité libre va jusque dans la portion vaginale du sac ; son insertion sur le cæcum est restée dans la fosse iliaque mais tout près de l'anneau herniaire et il suffit de tirer un peu sur l'appendice pour amener le

cæcum dans la plaie. L'appendice est libre sur toute sa périphérie, sauf *au niveau de sa face postéro-inférieure*, celle qui repose sur le cordon ; là, et dans toute sa longueur, il est fixé comme par un méso très court à la séreuse ; en d'autres termes *l'appendice iléo-cœcal hernié n'est point libre dans l'intérieur du sac ; il a un sac incomplet.*

Voici une représentation schématique de la disposition de l'organe :



L'appendice n'a pu être libéré que par ligature et section progressives du méso depuis le sommet jusqu'à l'insertion cæcale. Quatre fils suffisent, dont le dernier sert à lier l'organe, qui est ensuite coupé et enfoui suivant la méthode classique.

Dissection du sac et réfection de la paroi.

L'appendice ne présente aucune lésion pathologique.

En somme, dans cette observation, deux points présentent un intérêt particulier :

1° L'appendice hernié se trouve dans un sac manifestement congénital, un canal vagino-péritonéal complet.

2° L'appendice n'était pas libre dans le sac, mais adhérent par sa face postérieure dans toute sa longueur.

Ce sont ces deux points que nous allons essayer d'élucider au point de vue pathogénique.

Les hernies appendiculaires peuvent se diviser, comme toutes les hernies, en *acquises* et *congénitales.*

Les *hernies appendiculaires acquises* ressemblent en tous points aux hernies acquises du cæcum ; ces deux variétés pouvant d'ailleurs coexister :

1° L'appendice, grâce à sa longueur et à sa mobilité, plonge partiellement ou totalement dans l'intérieur d'un sac herniaire complet contenant de l'intestin ou de l'épiploon;

2° L'appendice avec ou sans le cæcum se trouve dans un sac incomplet, la hernie est dite « par glissement ».

Les *hernies appendiculaires congénitales,* c'est-à-dire celles dans lesquelles l'appendice se trouve contenu dans un canal vagino-péritonéal, sont (certaines d'entre elles du moins) plus difficiles à expliquer.

Voici en quels termes s'expriment Jaboulay et Patel dans le Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet :

« Elles (les hernies congénitales) ne peuvent se rencontrer qu'avec un appendice libre ; leur sac est toujours complet. »

« Pour que la hernie puisse se produire, il faut que l'appendice soit long, ce qui n'est pas rare, ou bien que le cæcum, en situation basse, le rapproche d'un trajet herniaire. S'il existe un canal vagino-péritonéal préformé, l'appendice s'y engage au même titre qu'une anse grêle ».

Ces notions sont évidemment insuffisantes si l'on veut bien se rapporter à notre observation personnelle.

En effet, d'après les auteurs que nous venons de citer, la hernie appendiculaire « n'est possible » qu'avec un appendice libre, et leur sac est toujours complet.

Or, dans notre observation, l'appendice était dans toute sa longueur attaché par sa face postérieure au sac herniaire, sur toute cette ligne le sac manquait. Après libération de l'appendice le canal vagino-péritonéal se trouvait ouvert dans toute sa longueur sur sa face postérieure ; il y avait en somme un sac incomplet comme dans les hernies par glissement, *l'appendice n'était pas libre dans le sac.*

Il semble qu'il faille admettre au point de vue pathogénique deux variétés de hernies appendiculaires congénitales :

1° Les hernies avec appendice libre dans un canal vagino-péritonéal : celles-ci se produisent évidemment suivant le mécanisme admis par tout le monde ; le canal séreux préexiste ; l'appendice, tout comme un viscère quelconque, grâce à sa longueur, y pénètre ;

2° Les hernies avec appendice fixé sur le sac, en d'autres termes, avec sac incomplet.

Il n'est point possible d'expliquer cette variété de la même façon que la précédente ; l'adhérence de l'appendice est une adhérence naturelle qui a dû exister primitivement avant la formation du canal vagino-péritonéal.

L'appendice a dû descendre dans le trajet inguinal en même temps que le canal vagino-péritonéal, en même temps que le testicule.

Il est probable que dans ces cas l'appendice est fixé au testicule en situation lombaire .

L'évolution de la glande séminale vers le scrotum, la formation du canal vagino-péritonéal, l'entraînement de l'appendice dans le trajet inguinal, sont probablement des phénomènes connexes.

Cette conception des adhérences primitives de l'appendice, pour les hernies appendiculaires en général, n'est point nouvelle. Mais il semble que ces faits, certainement rares, n'expliquent que les variétés semblables à la nôtre avec appendice *naturellement* adhérent au sac.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le relèvement des honoraires médicaux.

Grâce à la cherté croissante de la vie, nous assistons au relèvement progressif de tous les salaires. L'ouvrier gagne davantage, tout en travaillant moins ; le commerçant, l'industriel, l'agriculteur, haussent le prix des matières qu'ils vendent ou fabriquent. Nos bons Princes eux-mêmes suivent le mouvement et augmentent leur indemnité parlementaire sans crier gare. Seuls, nous médecins, nous restons aux honoraires d'autrefois, nous drapant dans notre misère, évitant de suivre le mouvement social qui nous environne. Et cependant combien est peu brillante notre situation matérielle (1). Obligés de subir des dépenses somptuaires, accablés d'impôts et de patentes, nous voyons nos ressources rester stationnaires, et nos charges rapidement augmenter.

Heureusement que sous l'influence de quelques initiatives hardies, blâmées dès le début, puis acceptées, et j'espère bientôt suivies, on commence à discuter du relèvement des honoraires dans la plupart de nos syndicats. Déjà, fait très important, quelques grands quotidiens en ont parlé favorablement, et l'opinion tout entière en sera incessamment avertie. Ce relèvement, considéré d'abord comme révolutionnaire, sera donc accepté par tous comme une chose équitable et juste.

Il faut, en effet, que le public, et nous-mêmes aussi — car

(1) Consulter à ce sujet la très intéressante étude de notre collaborateur R. Cruchet, parue dans la *Revue* de septembre 1909.

nous l'ignorons le plus souvent, — comprenions que les honoraires actuels sont inférieurs à la valeur de nos soins : et puisque nous sommes entre nous, nous pouvons bien avouer que tous, ou presque tous, nous ne marchandons pas notre dévoûment. Ce n'est pas que nous soyons des hommes d'une essence supérieure ; mais nous appartenons à une profession qui nous transforme, bon gré mal gré, et fait de nous presque des apôtres.

Il faut aussi que l'on sache que notre métier est rude, plein de dangers : surmenage constant ; repas pris à la hâte ; nuits interrompues ; soucis constants créés par l'état de santé de nos malades ; risques professionnels énormes, depuis la simple piqûre anatomique, qui nous empoisonne, jusqu'aux infections aiguës ou chroniques que nous traitons tous les jours, et auxquelles beaucoup d'entre nous succombent obscurément. Nous demandons à être assimilés à ces ouvriers d'industrie dite insalubre, dont la haute paye est un sujet d'envie pour la plupart d'entre nous.

Pour obtenir ce résultat, il faut suivre la marche de toutes les corporations victorieuses, qui, par leur cohésion et leur ferme volonté d'aboutir, ont obtenu satisfaction. Il faut nous grouper, nous serrer les coudes, nous syndiquer si l'on veut, et, comme nous le disait fort bien tout récemment notre distingué confrère Cornet « il faut commencer par cimenter l'union confraternelle, grouper toutes les forces vives de la corporation médicale ».

F. R.

MEDECINE PRATIQUE

L'insuffisance surrénale dans les infections aiguës. Son traitement opothérapique ;

Par R. MORICHAU-BEAUCHANT
(de Poitiers).

Les recherches patientes poursuivies depuis quelques années sur les capsules surrénales ont permis de rattacher à un trouble fonctionnel de ces organes un certain nombre d'états pathologiques restés jusque-là indéterminés. En particulier, au cours des infections aiguës, on a mis en évidence récemment (1) un syndrome attribué auparavant à des causes diverses et qui relève d'une insuffisance des organes surrénaux. La connaissance de ce syndrome importe au plus haut point dans la pratique, car dans ces cas à allures rapidement menaçantes, un clinicien averti obtiendra par le traitement opothérapique des résultats parfois tout à fait *merveilleux*, suivant l'expression de M. Netter.

Toutes les *infections aiguës* peuvent présenter des déterminations plus ou moins accentuées sur les capsules surrénales, lesquelles partagent à ce point de vue le sort des autres viscères.

Le fait a été surabondamment démontré expérimentalement et voici déjà longtemps que les lésions de ces organes avaient été notées au cours de la *diphtérie expérimentale* chez le cobaye (Roux et Yersin), de l'*infection pyocyanique* (Charrin et Langlois), de l'*infection pneumobacillaire* (Roger). Plus récemment Lœper et Oppenheim étudièrent avec beaucoup de soin les lésions provoquées par *diverses toxines microbiennes, pneumobacille, charbon, toxine diphtérique* et *tétanique*, ainsi que par certains poisons.

Cliniquement au cours des *maladies infectieuses les plus variées* on peut observer des lésions des capsules surrénales ; certaines d'entre elles semblent cependant leur donner naissance avec une véritable prédilection.

En tête il faut placer la *diphtérie* : l'insuffisance surrénale aiguë paraît accompagner très fréquemment cette maladie. Elle joue un rôle prépondérant dans la production des accidents graves observés au cours des diphtéries toxiques qui ont été décrits par Sevestre et par Marfan sous le nom de *syndrome secondaire de la diphtérie maligne*.

Tout récemment, ce fut à la suite de deux observations de diphtérie grave rapportées par MM. Méry, Weill et Parturier (1), Martin et Darré (2), dans lesquelles le traitement opothérapique avait fait merveille qu'une discussion fort intéressante s'engagea à la Société médicale des hôpitaux sur l'insuffisance surrénale dans les infections aiguës.

Les *fièvres éruptives* s'accompagnent très fréquemment de lésions des surrénales ; dans une clinique récente (3), le professeur Hutinel signalait un bel exemple d'insuffisance surrénale au cours de la *scarlatine* et montrait que c'était peut-être là qu'il fallait chercher le secret des accidents foudroyants qui surviennent encore assez fréquemment au cours de cette maladie ; d'autres auteurs ont aussi insisté sur le même point. La *variole* provoque très fréquemment des lésions du côté des surrénales et on a de bonnes raisons de croire que dans bien des cas les symptômes mis sur le compte d'une myocardite relèvent d'une insuffisance de ces organes. Celle-ci peut se produire au cours de la *rougeole*, le fait doit être exceptionnel.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'insuffisance surrénale est fréquente. Il s'agit alors de ces formes dites cardiaques, avec faiblesse du pouls, prostration, tendance à la syncope, parfois mort subite. M. Josué (4) a récemment rapporté à la Société médicale des hôpitaux un cas de ce genre dans lequel l'origine des accidents était bien un trouble dans la fonction surrénale ainsi que le montrèrent les résultats du traitement.

La *pneumonie*, la *bronchopneumonie*, les *infections pneumococciques* et *pneumobacillaires* s'accompagnent fréquemment de surrénalites conduisant à des symptômes d'insuffisance plus ou moins accentués.

Celle-ci a été encore observée, mais d'une façon beaucoup plus rare, semble-t-il, au cours d'un certain nombre de maladies, *tétanos*, *érysipèle*, *oreillons*, *certaines angines, certaines infections streptococciques*. Il est probable qu'à mesure que l'attention aura été portée sur ces faits et que l'on saura mieux reconnaître le syndrome de l'insuffisance aiguë, cette liste s'allongera notablement.

Les altérations des capsules surrénales chez les sujets ayant succombé à une maladie infectieuse furent, plutôt d'abord des trouvailles d'autopsie. Les lésions constatées sont variables :

A l'œil nu, les capsules peuvent avoir leur aspect nor-

(1) Parmi les auteurs qui se sont occupés de la question, il faut citer en première ligne M. Sergent, qui dans plusieurs mémoires étudia les relations de l'insuffisance surrénale et des maladies infectieuses.

(1) MÉRY, B. WEILL-HALLÉ et PARTURIER. — Sérothérapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphtériques *Société médicale des hôpitaux*, 7 mai 1909.

(2) Louis MARTIN et Henri DARRÉ. — Insuffisance surrénale au cours d'une diphtérie grave. Opothérapie. Guérison. *Société médicale des hôpitaux*, 7 mai 1909.

(3) HUTINEL. — Syndrome d'insuffisance surrénale au cours de la scarlatine. *Bulletin médical*, 17 mars 1909.

(4) JOSUÉ. — Sur l'emploi thérapeutique de l'adrénaline. *Société médicale des hôpitaux*, 21 mai 1909.

mal. Ordinairement elles sont *augmentées de volume* et manifestement *congestionnées*. Leur poids est augmenté. A la coupe on peut observer de la simple *congestion* ou des *hémorrhagies* plus ou moins étendues. Très fréquemment on trouve un état particulier connu sous le nom de *transformation cavitaire* de la capsule qui n'est qu'une altération cadavérique, mais qui s'observe surtout sur des capsules antérieurement malades et présentant des lésions congestives du réseau vasculaire. Nous n'insisterons pas sur les lésions histologiques (1) qui peuvent atteindre : les cellules, qui présentent divers degrés de dégénérescence, les vaisseaux avec simple hyperémie ou hémorrhagie et enfin les lésions interstitielles se caractérisant par une réaction leucocytique plus ou moins accusée.

Il est bon de mentionner ici qu'assez souvent on trouve des lésions aiguës greffées sur des altérations anciennes : tuberculose, adénome, etc.

L'*histoire clinique* des surrénalites infectieuses est de date toute récente et plusieurs auteurs ont émis des doutes sur la possibilité de leur diagnostic. C'est ainsi que d'après M. Sergent, « les surrénalites toxi-infectieuses aiguës n'ont guère d'histoire clinique, le syndrome d'insuffisance capsulaire s'y trouve en quelque sorte noyé dans l'ensemble des symptômes propres à la toxi-infection au cours de laquelle il éclate. »

De même pour MM. Lœper et Oppenheim, « dans la symptomatologie des maladies infectieuses banales même de celles qui, comme la diphtérie et la pneumonie, entraînent de façon presque constante de graves lésions surrénales il est bien difficile de reconnaître des signes en rapport avec l'existence de ces lésions ».

On peut aujourd'hui faire appel de ces jugements. De nombreux exemples montrent la possibilité, en s'appuyant sur des données précises, de reconnaître l'insuffisance surrénale développée au cours des maladies infectieuses aiguës.

De tous les symptômes qui l'annoncent il n'en est pas de plus important que l'*asthénie*. Elle peut être aussi caractérisée que celle des addisonniens à une période avancée. Les malades sont véritablement effondrés, incapables d'agir et parfois même de parler. Fait à noter, cette asthénie survient brusquement en quelques heures.

Puis apparaissent des modifications dans l'état des *fonctions cardio-vasculaires*, ce qui ne saurait surprendre puisque le produit de sécrétion de la glande surrénale a précisément pour but de maintenir le tonus vasculaire. La *pression artérielle présente une chute considérable*; elle peut s'abaisser à 9 centimètres de mercure et quelquefois tomber au dessous. Les bruits du cœur s'accélèrent atteignent, 120, 140; ils sont mal frappés, parfois irréguliers, le pouls est petit. Il y a une tendance aux vertiges et aux syncopes.

C'est à l'abaissement de la pression artérielle que se rattacherait un signe qui a été décrit par M. Sergent sous le nom de *ligne blanche surrénale* et considéré par lui comme à peu près pathognomonique d'une insuffisance de ces organes : voici la description qu'en donne l'auteur (2).

« A l'instar de la raie méningétique, c'est sur la peau de l'abdomen qu'il faut la chercher. Elle ne nécessite pas la moindre compression comme la « tache blanche » décrite par Hallion et Laignel-Lavastine. Il suffit de promener rapidement et superficiellement le doigt ou un objet mousse à la surface de la peau. Elle n'apparaît pas immédiatement mais seulement au bout de 30 à 60 secondes et persiste pendant une durée assez longue variant de 2 à 5 minutes et même davantage sous forme d'une bandelette toujours plus large que le diamètre du corps mousse qui l'a fait naître. Elle ne m'a jamais paru entourée de chaque côté par une zone rose comme cela s'observe au contraire dans la ligne blanche physiologique ». La valeur de la ligne blanche surrénale a été très attaquée, mais alors même qu'elle ne serait pas pathognomonique comme le voulait M. Sergent, elle n'en constitue pas moins un bon signe d'un abaissement considérable de la pression artérielle.

A l'asthénie profonde, à la chute de la pression artérielle, avec les troubles qui en découlent, s'ajoutent d'autres symptômes qui n'ont pas la constance des premiers.

Ce sont d'abord des *troubles gastro-intestinaux*. On note des *nausées* et des *vomissements* alimentaires ou des matières muqueuses, filantes, incolores, ils surviennent brusquement et sans efforts. La *diarrhée* a été parfois trouvée, elle peut être profuse. On a signalé de *vives douleurs* siégeant au niveau des flancs et à la partie supérieure de l'abdomen exagérées par la pression profonde, parfois atroces. Le faciès est grippé, pâle, excavé, les extrémités sont froides, la température abaissée : dans ces conditions on pourrait croire à une péritonite, à une appendicite perforante, à une attaque de choléra.

La *mélanodermie* qui se produit dans l'insuffisance lente ne fait pas partie intégrante du syndrome aigü, elle peut néanmoins s'observer. Bossuet (1) l'a notée chez plusieurs de ces malades et l'a vue disparaître après le traitement opothérapique. Le professeur Hutinel, chez sa petite malade atteinte de scarlatine l'a également constatée.

Les *urines* sont peu abondantes les matériaux azotés et minéraux sécrétés en petite quantité.

Par l'ensemble du tableau que nous venons de tracer, on voit combien graves apparaissent les accidents qui semblent ne pouvoir se dénouer que par une terminaison rapidement fatale.

La *mort* n'est cependant pas toujours la terminaison de l'insuffisance surrénale aiguë. Bien au contraire, on peut affirmer que la *guérison* est fréquente, surtout si l'on peut appliquer à temps le traitement opothérapique. Sous son influence, on assiste à de véritables résurrections, les malades sortent de leur torpeur, la tension artérielle se relève rapidement, l'urine redevient abondante, le pouls est moins fréquent la pigmentation, lorsqu'elle existe, diminue. En somme la transformation est complète.

Il faut savoir cependant que si la guérison complète peut se produire il est des cas où les *glandes surrénales ne récupèrent pas leur intégrité*, et où l'atteinte qui les a frappées va devenir le point de départ de lésions qui vont s'organiser et évoluer vers la chronicité, c'est là d'ailleurs un chapitre qui aujourd'hui ne peut être qu'à peine ébauché. Ce que l'on sait, c'est que bien souvent, dans les antécédents des sujets atteints de maladie d'Addison, on relève l'existence d'une maladie infectieuse, dont on ne saurait nier l'action prédisposante.

On comprend l'intérêt que présente pour le clinicien le *diagnostic* de l'insuffisance surrénale survenant au cours d'une infection aiguë. Les symptômes que nous avons énumérés permettront dans la majorité des cas de l'établir. Encore faut-il que le médecin ne se borne pas à l'examen des grands appareils, mais qu'il ait aussi présent à l'esprit le rôle essentiel joué par les capsules surrénales et qu'il cherche à se rendre compte de l'état fonctionnel de celles-ci.

(1) Consulter pour plus de détails l'excellent article consacré aux surrénalites aiguës par MM. Lœper et Oppenheim dans le Manuel des maladies des reins de Debove, Achard et Castaigne, p. 735.

(2) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, n° 24 p. 758.

(1) Bossuet. — Quelques considérations sur l'insuffisance surrénale. *Gaz. hebdomadire des sciences médic. de Bordeaux*, 30 octobre 1909.

Le *diagnostic différentiel* peut parfois être assez délicat. Il est curieux de constater que c'est précisément dans ces trois maladies où expérimentalement et cliniquement les lésions surrénales se montrent si fréquentes, diphtérie, fièvre typhoïde, variole que les auteurs avaient rapporté à des troubles du myocarde ou à des altérations bulbaires ou névritiques des symptômes qui, on le sait aujourd'hui, relevaient d'une insuffisance surrénale. La question est tout entière à refaire, de nouvelles observations permettront de faire le point de départ de ce qui doit être rattaché à l'insuffisance surrénale et ce qui doit en être distrait. Elles établiront du même coup les caractères différentiels précis qui permettront de séparer ces différents états. *Le traitement opothérapique nous paraît jouer un rôle fort important* comme moyen de diagnostic constituant une véritable pierre de touche. En cas de doute, il ne faudra pas hésiter à l'employer.

La *médication surrénale* peut être administrée de plusieurs façons. Aujourd'hui on n'a plus recours aux *injections d'extrait glycériné* préconisées par A. d'Arsonval, elles sont en effet très douloureuses, peuvent donner lieu à des abcès et ne présentent aucun avantage sur les autres *modes* d'administration. On emploie plus volontiers les *glandes fraîches* ou les *extraits secs* absorbés par la bouche.

Les *glandes fraîches* doivent être cherchées aux abattoirs chaque jour et prises sur de jeunes veaux. On commence par la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes et on monte progressivement à 5 grammes et même davantage (Sergent).

Il est plus commode de recourir à l'*extrait sec*. On donnera un gramme par jour environ en surveillant le pouls et l'estomac, on peut continuer pendant 10 à 12 jours consécutifs.

Un moyen vraiment pratique et tout à fait recommandable au cours des maladies infectieuses est d'employer l'*adrénaline* soit par la voie buccale, soit en injections sous-cutanées. M. Netter (1) administrait d'abord *dix* à *vingt gouttes* dans les vingt-quatre heures de la *solution au millième* en cinq ou six fois. Actuellement, il se montre plus hardi et va jusqu'à donner par doses fractionnées dans les vingt-quatre heures, 3 *et* 4 *milligrammes d'adrénaline*. Il a pu continuer la médication pendant plusieurs semaines et jusqu'à deux mois sans aucun inconvénient.

L'adrénaline peut aussi être en partie administrée par *voie sous-cutanée* dans du sérum artificiel. La technique employée par M. Josué (2) est la suivante : On ajoute 1 centimètre cube de la solution d'adrénaline au 1/1000, c'est-à-dire 1 milligramme d'adrénaline à 250 ou 500 centimètres cubes de sérum au moment de l'injecter sous la peau. En général, la peau devient blanche au niveau de l'injection par suite de la contraction des vaisseaux ; la masse injectée se résorbe avec une extrême lenteur et pendant tout le temps de la résorption la région est le siège d'une tension douloureuse marquée. La lenteur de l'absorption du sérum artificiel adrénaliné constitue un très grand avantage.

En effet, l'adrénaline présente l'inconvénient d'agir trop brusquement quand elle pénètre en quantité notable dans la circulation ; de plus son action ne se maintient que quelques instants. Il est donc utile que l'adrénaline arrive dans la circulation par quantités minimes, mais que cette pénétration se continue pendant un certain temps.

On pourrait se demander si l'usage thérapeutique de l'adrénaline ne serait pas capable de déterminer des lésions athéromateuses des artères, mais celles-ci ne se produisent, ainsi que l'ont montré les recherches de M. Josué que si on l'introduit par voie intra-veineuse ou intrachéale. *Lorsque on l'administre par la bouche ou sous la peau on ne voit jamais survenir de lésions artérielles.*

(1) Netter. — *Société médicale des hôpitaux*, séance du 7 mai 1909.
(2) Josué. — *Loc. cit*

LE XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(*Suite*). (1)

I.

Thérapeutique.

M. Raoul Blondel (Paris). **Etiologie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.** — L'auteur rappelle que, depuis 1897 il soutenait que l'entérocolite muco-membraneuse n'était le plus souvent, du moins chez la femme, qu'une *maladie secondaire*, une névrose sécrétoire et motrice d'origine réflexe, apparaissant à l'occasion d'autres troubles des viscères abdominaux, chez des sujets prédisposés.

Les douze années écoulées, en augmentant considérablement le nombre de ses observations, n'ont fait que le confirmer dans cette opinion et lui permettre de généraliser cette étiologie à tous les cas d'entéro-colite, même observés chez l'homme.

Tous les sujets qui en sont atteints présentent en effet les stigmates du *neuro-arthritisme*.

D'autre part, l'entéro-colite a toujours une *cause extrinsèque*, qu'il faut chercher parmi celles qui sont capables d'agir sur les plexus nerveux abdominaux, soit par voie de tiraillements sans cesse renouvelés, soit par irritation répétée des terminaisons nerveuses, mettant en jeu l'action réflexe. L'entéroptose, le rein flottant, les déviations utérines, les adhérences annexielles (post-inflammatoires ou post-opératoires), les brides péritonéales sont au nombre des causes les plus communes. Il faut y ajouter la lithiase intestinale, les parasites et, du côté de l'estomac, l'hyperchlorhydrie.

Les perturbations de la flore intestinale, auxquelles certains voudraient donner la première place, sont beaucoup plus souvent, à leur origine, un *effet* et non une *cause* (ce qui ne veut pas dire qu'avec le temps, les altérations qu'elles causent sur la muqueuse ne puissent devenir une *cause* à leur tour, établissant un cercle vicieux, comme il en existe tant d'exemples en pathologie).

C'est la modification de la physiologie normale de la muqueuse qui leur prépare le terrain. Aussi les traitements bactériothérapiques de ces troubles n'agissent-ils d'une facon définitive que si on traite en même temps les causes originelles vraies, c'est-à-dire les actions mécaniques viscérales, les sources d'énervement continu de l'intestin et le neuro-arthritisme.

La thérapeutique doit répondre aux indications suivantes :

1° Avant toute chose, remédier à la cause originelle : cure de l'éventration, néphropexie, traitement de l'entéroptose, des déviations utérines, destruction des adhérences, traitement de l'hyperchlorhydrie, etc. ;

2° Traiter l'état général : régime végétarien, suppression des toxiques nerveux (café, tabac, alcool), hydrothérapie, massage, exercice, hygiène nerveuse : Plombières.

3° Traiter l'intestin : bactériothérapie, interdiction absolue des œufs, peu ou pas de lavages intestinaux.

4° Traiter les crises douloureuses (compresse de Priessnitz), la constipation (huile de ricin, gélose, quelques lavements bicarbonatés, Châtel-Guyon), ou la diarrhée (ichthyol).

M. Paul Docq (de Bruxelles). — **Indications de l'intervention chirurgicale au cours de l'hypersécrétion gastique.** — Si, à l'heure actuelle, les médecins ne sont pas d'un accord parfait dans l'appréciation du traitement à instituer dans les cas d'hypersécrétion gastrique, c'est parce que les points de repère manquent.

Répondre à cette question : « Quand le syndrome de Reichmann est-il opérable, ou quand son traitement cesse-t-il d'être médi-

(1) Voir *Prog. Méd.*, p. 462, 475, 497, 510.

cal ? », c'est résoudre le différent qui sépare les internists des chirurgiens.

M. Docq considère deux faits absolument distincts et d'importance inégale dans la gastro-succhorrée ; ce sont : l'hypersécrétion et la stase.

En pratique, on ne tient ordinairement pas grand compte de cette distinction ; cependant, on le comprendra de suite, ces deux faits ne dépendent pas des mêmes causes.

L'hypersécrétion chronique traduit l'état dans lequel se trouvent les glandes sécrétoires, tandis que le degré de stase nous permet d'apprécier l'état dc la motricité.

Evidemment, on pourra avoir de l'hypersécrétion sans stase, mais le contraire ne peut pas être vrai, d'où, du moins, l'hypersécrétion (considérée en elle-même) est uniquement justiciable d'un traitement médical, tandis que là où il y a hypersécrétion et stase, la thérapeutique médicale fait presque toujours faillite.

L'hypersécrétion peut être symptomatique d'affections extra-gastriques, (la lithiase biliaire, par exemple) : dans ces cas, le traitement sera causal.

Quoi qu'il en soit, M. Docq pense que le malade hypersécréteur pur est rare ; très souvent, dans ce cas, l'état général joue un rôle prépondérant.

Les théories modernes sur la gastro-succhorée, si habilement soutenues par Soupault, de Paris, nous permettent de comprendre que ce syndrome n'est, en somme, qu'un cercle vicieux à la base duquel se trouve la lésion pylorique ou pré-pylorique.

La stase dépend toujours d'une lésion, tandis que l'hypersécrétion traduit l'état maladif de la muqueuse gastrique.

Le pylore ulcéreux ou simplement éraillé se contracte spasmodiquement à l'approche d'un chyme hyperacide mal préparé ; il le renvoie dans l'estomac où il fermente, se décompose et continue à exciter doublement la muqueuse par sa présence et par son état chimique ; la muqueuse, ainsi sollicitée sans trêve secrète pour répondre à l'excitation et pour se protéger (mucus). La musculature gastrique surmenée constamment finit par se fatiguer ; son élasticité vaincue ou épuisée est suivie de dilatation.

On peut dire qu'il y a spasme parce que hypersécrétion et hypersécrétion parce que spasme.

Les nombreuses interventions pratiquées dans ces cas prouvent surabondamment qu'il suffit de détruire le cercle vicieux pour arriver à ramenr les fonctions *ad integrum*. M. Docq arrive ainsi à classer les hypersécrétions gastriques en deux catégories bien distinctes justiciables chacune d'un traitement spécial.

a) L'hypersécrétion simple sans résidu alimentaire se divisant en : 1° pure spasmodique ; 2° symptomatique de maladies extra-gastriques (lithiase biliaire, inanition, etc.)

b) L'hypersécrétion chronique avec stase alimentaire et résidus alimentaires à jeun.

De l'analyse des faits nombreux recueillis dans son service clinique, l'auteur tire les conclusions suivantes ;

A. 1° L'hypersécrétion pure, spasmodique, sans résidus alimentaires, est rare ; son traitement doit toujours être médical.

2° L'hypersécrétion gastrique symptomatique d'une maladie extra-gastrique, telle que la lithiase biliaire ou l'inanition (qui n'est pas une maladie) sera justiciable exclusivement de la suralimentation méthodique et progressive ou d'un traitement causal.

B. L'hypersécrétion chronique avec stase alimentaire sera toujours du domaine de la chirurgie.

En d'autres termes :

Le syndrome de Reichmann est susceptible de guérison de deux manières :

1° Si le liquide retiré de l'estomac à jeun est du liquide d'hypersécrétion pur, c'est au traitement médical qu'il faut avoir recours.

2° Si le liquide renferme des particules alimentaires, l'affection a dépassé les limites de la médecine interne et ressortit au domaine de la chirurgie ; l'opération de choix sera la gastro-entérostomie.

L'intervention chirurgicale doit être suivie d'un régime capable de permettre à la muqueuse malade, débarrassée de sa stase, de revenir à la normale.

Hypersécrétion, stase alimentaire, insuffisance motrice, fermentation, voilà les points cardinaux qui doivent guider dans l'appréciation des fonctions gastriques. Il est évident qu'un estomac dont la motricité est atteinte fera forcément de la stase ; les fermentations sont d'ordre banal et accompagnent toujours la stase.

Autre chose serait de dire que tout trouble sécrétoire entraîne des troubles moteurs ; cependant, l'auteur considère que les lésions de la sécrétion finissent par amener des troubles moteurs. En tout cas, il ne faut pas attendre que la stase soit énorme pour réclamer une intervention et toute stase gastrique persistante entraînant des troubles nutritifs sérieux nécessite un traitement chirurgical.

En général, on peut dire :

1° L'estomac qui, à jeun, présente de la stase alimentaire, même légère (accompagnée naturellement de troubles moteurs), ne pourra revenir à la normale que par l'intervention chirurgicale.

2° La stase ne doit pas être confondue avec les liquides d'hypersécrétion, justiciables, eux, d'un traitement médical ;

3° Abandonnée à elle-même, la stase gastrique va augmentant, résiste à toute médication, fatigue la musculature, produisant ainsi une dilatation qui, elle, entretiendra le cercle vicieux.

M. Emile Reymond (de Paris). — **Larges trépanations pour tuberculose cranienne.** — Les observations de tuberculose cranienne sont relativement rares ; l'auteur a pu réunir *sept cas*, suivis avec soin et traités au moyen de larges résections de la voûte cranienne.

Résultats opératoires.— Sur 7 opérations, 6 ont été suivies de guérisons qu'on peut espérer définitives.

Le septième opéré est mort de méningite tuberculeuse un mois et quatre jours après l'intervention, alors que les suites de l'opération avaient paru en tous points normales.

Manuel opératoire. — Le lambeau cutané gagne toujours à être large. Dans un cas de lésion frontale très antérieure, l'auteur s'est bien trouvé d'une incision traversant le front et les tempes à la hauteur des sourcils et permettant de relever toute la partie antérieure de la peau du crâne ; cette incision laisse une cicatrice fort peu apparente.

Il est utile de faire un large sacrifice osseux ; les brèches que l'auteur a pratiquées avaient au minimum 5 centimètres de grand diamètre, 9 centimètres en moyenne, 12 centimètres dans un des cas.

M. Doyen (de Paris).— **Traitement des anévrismes par la ligature incomplète des artères. — Reconstitution de l'artère poplitée par la suture longitudinale et de la veine poplitée par transplantation de la veine jugulaire du mouton.** — L'accroissement des anévrismes peut être entravé par la ligature incomplète de l'artère au-dessus du sac. Cette ligature, qui n'interrompt pas la circulation, diminue en effet la pression sanguine dans le segment artériel dilaté.

On peut faire cette ligature partielle sur les gros troncs artériels. Aux membres, on peut les combiner avec l'ouverture du sac suivie de sa résection longitudinale partielle et de la reconstitution de l'artère par un double plan de sutures.

Cette double intervention a donné à l'auteur un succès complet dans un cas d'anévrisme poplité.

La veine poplitée, complètement oblitérée, a été reconstituée ultérieurement par transplantation de la veine jugulaire externe du mouton.

La veine, extirpée sur l'animal vivant, a été transplantée immédiatement.

M. Doyen (de Paris). *Craniectomie.* — **Nouvelle technique de la craniectomie. — Résection du trijumeau par l'endostopie intracranienne.**— M. Doyen a simplifié sa technique de la craniectomie en supprimant l'emploi de la scie à guide intra-cranien et en imaginant un nouvel instrument pour protéger la dure-mère. Ce nouveau décollateur de la dure-mère se compose d'un ruban d'acier flexible sur lequel est adapté un ressort à boudin de dimètre convenable.

Section intracranienne du trijumeau. — Cette opération se fait, grâce à l'endoscopie intracranienne, par un orifice de 20 millimètres, percé avec la fraise au niveau de l'astérion.

L'endoscope doit passer a-dessus du nerf auditif. Le trijumeau, mis en évidence, est coupé avec un instrument spécial.

Obstétrique et gynécologie.

M. Pinard (de Paris), rapporteur. — **Le traitement des infections puerpérales.** — L'auteur, dans son rapport, est resté absolument sur le terrain clinique. Il montre par de nombreux tableaux et graphiques les résultats physiologiques et pathologiques constatés dans son service depuis 25 ans. Ces tableaux démontrent que la mortalité et la morbidité ont été en progression constamment décroissante. Le professeur Pinard attribue ces résultats aux moyens employés à la Clinique Baudelocque pour prévenir ou combattre l'infection puerpérale. Il énumère tous ces moyens et expose :

1° Le traitement prophylactique, appliqué *avant*, *pendant* et *après* l'accouchement ; 2° le traitement curatif de l'infection puerpérale déclarée. Il fait un examen critique de ces différents moyens et donne son opinion personnelle sur la valeur de l'*injection intra-uterine* intermittente ou continue, du *curettage* intra-utérin, des injections sous-cutanées de *sérum antistreptococcique.* S'il admet la puissance et l'innocuité des injections intra-utérines pratiquées dans certaines conditions, il restreint, et de beaucoup, les indications de curettage, qu'il considère comme étant souvent dangereux. Mais il attribue une grande valeur à la sérothérapie. Il l'a mise en pratique systématiquement depuis 1896, comme moyen préventif et comme moyen curatif, l'observation lui ayant démontré que le streptocoque, ainsi que l'avait indiqué Pasteur et répété Widal, est l'agent pathogène produisant le plus souvent l'infection puerpérale. Il termine en disant que pour prévenir l'infection puerpérale ou lutter contre elle il faut persévérer dans les voies nettement tracées par Semmelweis, Tarnier, Pasteur.

M. de Ott (de Saint-Pétersbourg) rapporteur. — **Traitement du cancer de l'utérus.** — La lutte contre le cancer de l'utérus continue avec le même programme : enlever le plus des tissus contigus au néoplasme. La tendance d'enlever à tout prix tous les ganglions lymphatiques est rentrée au second plan, ceci étant pratiquement impossible.

Les observations cliniques dont nous disposons n'étant pas toujours identiques ; d'autre part, comme nous ne possédons pas de critérium irréprochable pour la comparaison, il est évident que les conclusions que nous pouvons formuler n'ont qu'une valeur relative. Il en est de même des formules, proposées par Winter et Waldstein qui, tout en servant au perfectionnement de la statistique, sont loin d'être à l'abri des reproches.

Le but d'une méthode opératoire rationnelle doit être, *en premier lieu*, de diminuer le pour 100 de mortalité immédiate, suite d'opération, et, après, de conserver un plus grand nombre des malades pendant un laps de temps où elles peuvent être considérées comme exemptes de récidives.

Les procédés opératoires élargis, surtout la laparotomie, sont beaucoup plus dangereux que l'hystérectomie vaginale simple, qui, par comparaison, est de 11 fois moins risquée ;

La laparotomie élargie donne à peu près une demi-fois plus de guérisons radicales que l'hystérectomie vaginale simple ;

Pourtant, pour obtenir une guérison radicale, il faut, de parti pris, se résigner à perdre une malade pour deux guéries, tandis que dans l'hystérectomie vaginale simple, on compte 1 cas de mort sur 14 guérisons radicales. Donc, cette dernière est beaucoup plus *bénigne* que la laparotomie élargie ;

De plus, dans l'hystérectomie vaginale simple, 1/5 de toutes les malades opérées, non guéries radicalement, conservent leur vie pendant un temps plus ou moins prolongé.

Dans les procédés élargis, on observe assez souvent des lésions des organes voisins, tandis que dans l'hystérectomie vaginale simple ce n'est qu'une complication exceptionnelle.

M. V. Artom di Saint.Agnese (de Rome). — **Sur l'étiologie et le traitement spécifique de l'ostéomalacie (recherches expérimentales et cliniques).** — L'auteur confirme pleinement et élargit par ses recherches les résultats de Arcangeli et Fiocca, Levi et Stefanelli, etc., sur l'étiologie de l'ostéomalacie : c'est-à-dire qu'après avoir obtenu dans neuf cas d'ostéomalacie 8 résultats bactériologiques positifs, ayant dans chaque cas isolé en culture pure le diplococcus osteomalaciæ, il est aussi parvenu à reproduire complètement la maladie chez les rats blancs, en leur introduisant sous la peau du dos des fragments d'os (côte) pris à une femme ostéomalacique. Les inoculations furent faites à sept rats qui tombèrent tous malades et moururent dans les trois mois suivants : les femelles grosses montrèrent des lésions osseuses beaucoup plus graves que les rats mâles, avec altération de la conformation du tissu osseux (étudié radiologiquement et histologiquement) et de nombreuses fractures spontanées.

D'autres animaux furent infectés avec le diplocoque obtenu par ceux de la première série, et montrèrent aussi tous de très graves symptômes d'ostéomalacie.

L'auteur a fait aussi des essais thérapeutiques en collaboration avec M. Arcangeli : par l'atténuation par la chaleur de ses cultures de diplococcus osteomalaciæ, il a obtenu un *vaccin* qui a montré dans plusieurs cas d'ostéomalacie puerpérale des effets thérapeutiques très satisfaisants, même dans des cas datant de très longtemps et où tous les autres moyens avaient échoué.

L'auteur a enfin répété les mêmes recherches chez des enfants rachitiques et dans 3 cas sur 4, il est parvenu à isoler des os de ces enfants un *micrococcus* morphologiquement très semblable à celui de l'ostéomalaccie puerpérale : cela s'accorde parfaitement avec les conclusions de Morpurgo, qui a trouvé que le même diplococcus produit l'ostéomalacie et le rachitisme des rats.

La vaccination a été ici aussi suivie de résultats encourageants L'inoculation sur des rats adultes de quantités massives du microorganisme isolé de l'os d'un enfant rachitique a eu pour effet une maladie en tout semblable à celle obtenue avec du matériel provenant des femmes ostéomalaciques.

Tout en s'abstenant de généraliser d'une manière absolue étant donnée la limitation du matériel dont il dispose jusqu'à aujourd'hui, l'auteur affirme sa conviction sur la nature infectieuse des cas de rachitisme dont il a parlé, et il retient qu'on a là des arguments objectifs très importants pour soutenir l'unité étiologique du rachitisme et de l'ostéomalacie.

M. Foveau de Courmelles (de Paris). — **Traitement électrique et radiothérapique des fibromes.** — Partant de l'idée que les rayons X agissent sur certains cancers, que les fibromes deviennent parfois des tumeurs malignes, l'auteur a d'abord appliqué les rayons X des malades ne voulant pas être opérées. Il a communiqué ses premiers résultats à l'Académie des sciences de Paris, le 11 janvier 1904 : régression de la tumeur et suppression des hémorragies.

Il est revenu à diverses reprises sur ces résultats se confirmant tant par lui que par Deustch (Munich), Gorll (Nuremberg), Frænkel (Berlin), Margaret (Cleaves). Aussi préfère-t-il aujourd'hui, après une centaine d'observations, toujours avec amélioration, le plus souvent avec ménopause avancée (atrophie ovarique), la radiothérapie à l'électrolyse ; celle-ci lui a rendu de grands services de 1888 à 1896, avant les rayons X, mais maintenant, il préfère la radiothérapie indolore, active, hémostatique et agissant à travers les vêtements.

Neuropathologie.

MM. Gustave Roussy (de Paris) et *Italo Rossi* (de Milan). — **Troubles de la miction et de la défécation consécutifs aux lésions expérimentales du cône terminal ou de la queue de cheval.** — La question de l'existence, dans la moelle sacrée, de centres réflexes présidant au fonctionnement de la vessie et du rectum a été remise à l'ordre du jour dans ces dernières années. A la théorie classique admettant que le cône terminal contient les centres réflexes de la miction, de la défécation, on a, en effet, opposé une théorie nouvelle qui refuse à la moelle le droit de présider à ces importantes fonctions, en placant ces centres exclusivement dans les ganglions sympathiques du petit bassin (Muller, 1901). Cette question a fait l'objet de nombreuses discussions, et la théorie de Müller a été admise avec faveur par plusieurs auteurs.

Les recherches des auteurs ont porté sur 6 chiens et 5 singes (soit 11 animaux) et ont consisté à faire, soit l'ablation du cône terminal ou la section de la queue de cheval, soit la section complète de la moelle épinière dans la région lombaire. Les animaux en expériences ont survécu de 1 mois 1/2 au minimum à 5 mois 1/2 au maximum.

Les résultats obtenus peuvent se résumer comme suit :

1° Dans une première série à la suite de l'ablation du cône

terminal ou de la section de la queue de cheval, on observe des troubles persistants et durables de la miction et de la défécation ; ces troubles, apparus de suite après l'opération, restent les mêmes pendant toute la survie des animaux. Ils consistent, pour la vessie en : perte de gouttes d'urine presque continue, absence de jet d'urine avec projection, compressibilité de la vessie. Pour le rectum et l'anus : défécation lente, expulsion incomplète des matières, absence de toute résistance au toucher rectal ; anus flasque, réflexe anal aboli ;

2° Dans une deuxième série, après section complète de la moelle lombaire, au contraire, on note : persistance d'une miction périodique en véritable jet avec projection, vessie difficilement com-compressible ; défécation rapide ; anus fermé, résistant à l'introduction du doigt ; réflexe anal persistant.

Il résulte de ces expériences que les troubles notés diffèrent totalement dans les deux séries d'expériences. Si, dans la deuxième, la vessie et le rectum conservent un fonctionnement, sinon tout à fait, au moins en partie normal, dans la 1re série (ablation du cône ou section de la queue de cheval), on note des phénomènes paralytiques très prononcés et définitifs.

Ces résultats vont donc à l'encontre de la théorie nouvelle soutenue par Müller et plaident nettement en faveur de l'existence, dans la moelle sacrée, des centres de la miction et de la défécation. Ils montrent en outre que les centres lymphatiques vésico-rectaux, une fois isolés des centres médullaires, sont tout à fait incapables d'assurer à eux seuls un fonctionnement régulier, automatique de la vessie et du rectum.

M. v. Monakov (de Zurich), rapporteur. — **Principes de la localisation dans l'aphasie.**— La doctrine actuelle sur la question de l'aphasie a besoin d'être agrandie à l'aide des résultats des recherches physiologiques expérimentales. D'après celles-ci les symptômes, après lésion limitée de certaines parties du cortex, se divisent en temporaires et résiduaires. Les derniers seuls doivent être considérés comme étant étroitement liés à la lésion, pendant que les premiers s'expliquent par la diaschisis.

L'aphasie doit être envisagée comme étant en principe un phénomène transitoire. Elle est toutefois, en règle générale, produite par une lésion attaquant les parties du cortex qui ont été jusqu'ici faussement considérées comme centres pour le langage. Il xiste sans aucun doute une partie relativement bien délimitée de l'hémisphère gauche dont la lésion produit l'aphasie motrice (F., la partie antérieure de l'insula l'operculum), cette partie contient les foci pour la synergie de l'articulation. Le caractère temporaire de l'aphasie qui résulte de la lésion de cette région se laisse particulièrement bien démontrer dans les cas de lésion traumatique attaquant cette partie d'un cerveau autrement sain, cas dans lequel les phénomènes peuvent très vite disparaître.

La durée de l'aphasie, c'est-à-dire de la diaschisis, dépend d'autres facteurs n'ayant rien à faire avec le siège de la lésion (condition de la nutrition, état de l'esprit, etc.). La guérison de l'aphasie dépend donc du renouvellement d'une fonction qui aurait été interrompue par la diaschisis ; le langage ne s'apprend pas de nouveau par l'intermédiaire d'autres parties vicariantes du cortex comme on l'a une fois imaginé.

Les différents components du langage, y compris ceux de moindre valeur, sont représentés dans les *deux* hémisphères et sur une grande étendue de ceux-ci, de sorte qu'une fois la diaschisis vaincue, le langage redevient possible, le dérangement antérieur ne laissant, nécessairement, que des traces insignifiantes.

MM. Sicard et Foix (de Paris). — **Topographie normale du ganglion de Gasser chez l'homme. Déductions cliniques.** —— Les auteurs ont étudié chez l'homme par des coupes en série, le ganglion de Gasser. Le lapin ne présente que deux noyaux cellulaires gassériens, le noyau interne, tributaire à la fois de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur, et le noyau externe propre au maxillaire intérieur. Chez le chien et chez l'homme, la disposition est sensiblement la même. La scission en trois noyaux est l'exception. L'injection de particules colorées dans le liquide céphalo-rachidien cranien du cadavre humain, aussi bien que dans celui du chien avec survivance de l'animal pendant quelques jours, a permis de mettre en lumière l'existence de culs-de-sacs accompagnant la racine afférente jusqu'au voisinage des centres nucléaires. Il existe également de véritables gaines pseudo-lymphatiques autour de l'ophtalmique et du nerf moteur-oculaire commun, encerclés par les grains colorés, au niveau de leur pénétration dans les sinus caverneux.

Ces faits anatomo-physiologiques expliquent la réaction du ganglion de Gasser dans certains cas de méningite de la base, de tabes, et surtout de l'atteinte plus fréquente de la branche ophtalmique au cours du zona gassérien avec partie possible de la 3e paire et exode lymphocytaire consécutif, décelable par la ponction lombaire.]

B. Sachs (New-York). — **Pathogénie des maladies héréditaires du système nerveux.** — B. Sachs considère uniquement les affections héréditaires caractérisées surtout par des modifications dans le cerveau, tandis que son collaborateur, le Dr Higier, rapporte les cas des maladies héréditaires, dans lesquelles la moelle, épinière est le siège principal des lésions. Au lieu de parler de maladies héréditaires, il vaudrait peut-être mieux parler d'affections familiales, étant donné que très peu de maladies se transmettent par hérédité directe, mais que la tendance morbide existant chez l'un des deux parents est transmise et amène le développement d'une action familiale. Il y a une différence bien maquée entre le groupe cérébral et le groupe spinal. Les affections héréditaires ou familiales d'origine cérébrale sont dues à des modifications dans les éléments nerveux supérieurs, comme les cellules ganglionnaires ; les affections spinales hénéditaires sont dues généralement aux lésions ou au manque de développement d'un ou de plusieurs systèmes de fibres blanches. La seule exception dans ce groupe est la forme spinale de l'atrophie musculaire progressive, qui est très rarement héréditaire. Les dystrophies progressves constituent un groupe distinct et ne sont pas d'origine neurale. Cette partie du sujet est traitée par le Dr Higier.

Les affections familiales ou héréditaires d'origine cérébrale comprennent : la diplégie héréditaire, l'atrophie du nerf optique et l'idiotie familiale.

Les recherches de Scheffer, Frey, Spielmayer, Vogt, Hirsche Sachs et autres ont démontré que, dans l'idiotie familiale, les cellules ganglionnaires du système nerveux présentent un gonflement très marqué du corps cellulaire et des dendrites, tandis que les axones demeurent intactes.

Scheffer a démontré avec une précision extrême que le facteur cytopathologique actif est, non pas la dégénérescence des fibrilles, mais le gonflement anormal de l'hyaloplasme. Les derniers travaux de Sachs, avec figures à l'appui, s'accordent pleinement avec ces vues.

L'auteur fait remarquer la fréquence extrême de l'idiotie familiale dans la jace juive et l'explique par le fait que les enfants naîtraient avec un système nerveux défectueux qui se trouve incapable de remplir les fonctions normales et dont les éléments se modifient rapidement.

M. P. Blum (de Reims). — **L'hytéricisme-diathèse.** — L'*hystérie-maladie* n'existe plus : on a substitué à cette notion celle d'un état mental particulier, caractérisé par M. Babinski par l'auto-suggestionnabilité, par M. Crocq par l'hyperimpressionnabilité et l'hypersuggestionnabilité ,par M. Dufour par l'esprit d'imitation et la dysboulie.

Pour l'auteur, cet état mental est une sorte de diathèse spéciale, capable, comme les autres, d'imprimer aux maladies une physionomie particulière.

Tandis que l'arthritisme et la scrofule répondent, si l'on peut dire, à une viciation originelle ou acquise des phénomènes de la nutrition, l'*hystéricisme* répond à un trouble originel ou acquis de l'élaboration de la pensée et des actes.

De même qu'un arthritique ou un scrofuleux sont prédisposés à certains paroxysmes, ou réalisent les maladies sous une forme clinique qui met en évidence ces diathèses et permet quelquefois de les dépister lorsqu'on ne les soupçonnait pas encore, de même l'hystéricique, c'est-à-dire le sujet affecté d'*hystéricisme*, se reconnaîtra à la facilité avec laquelle il réalise des crises ou exagère et maintient les réactions normales psycho-physiolgiques.

« L'hystéricisme est la propriété constitutionnelle ou acquise que possède le cerveau humain d'exagérer ou de modifier les réactions psycho-physiologiques normales, sous la dépendance de l'émotivité ou de désordres organiques, et de tendre ensuite à

les reproduire ou les conserver sous la nouvelle forme qu'elles ont prise. »

PSYCHIATRIE.

M. A. Ley (de Uccle-Bruxelles). — **Le rôle du psychologue dans l'éducation des enfants normaux et anormaux.** — L'école moderne tend de plus en plus, en principe au moins, à individualiser l'éducation. C'est dans ce but que le médecin doit faire l'examen complet de l'enfant, surveiller sa santé physique et l'intégrité de ses organes sensoriels. Il cherchera, d'accord avec l'éducateur, à établir les caractéristiques mentales permettant de diriger scientifiquement son développement harmonique,et à déterminer ses aptitudes en vue d'un rendement social maximum. L'action du psychologue dans les écoles pour normaux est également indispensable si l'on veut arriver à établir scientifiquement et exactement la formule normale des diverses manifestations intellectuelles. Chez les enfants anormaux ou irréguliers, une des premières préoccupations du médecin doit être d'arriver à une classification permettant de faire un diagnostic, un pronostic et d'arriver à une répartition rationnelle et homogène des enfants.

Cette classification est difficile et la confusion des termes y est grande. Les expressions idiot, imbécile, débile, ont un sens souvent peu précis. Il existe toutefois une tendance à les préciser sur des bases psychogénétiques. Decroly (Congrès de psychologie de Genève, 1909) propose l'emploi des termes insuffisance grave, moyenne et légère, et base leur distinction sur certaines créations organiques et sociales, langage, manifestations effectives.

C'est par une étude approfondie des cas, par une analyse des fonctions mentales au moyen de méthodes psychophysiologiques, que l'on arrivera à faire la lumière sur ces divers groupements.

Les médecins doivent s'habituer à la collaboration avec le pédagogue au moyen des méthodes scientifiques. A ce point de vue, les universités devraient organiser des cours de psychologie pédagogique et les écoles normales pour éducateurs des cours de physiologie mentale.La direction de tous les établissements médico-pédagogiques, écoles et asiles, doit être médicale et scientifiques.

Les sujets qui ont été en conflit avec la justice, les imbéciles moraux et irréguliers affectifs doivent être examinés par les méthodes médico-psychologiques.

Les études entreprises en commun par le pédagogue, le juriste et le médecin,ont une importance pratique et sociale très grande. C'est dans la connaissance exacte des types d'anomalie infantile et dans l'application judicieuse des mesures préventives et thérapeutiques que gît toute la question de la prophylaxie des maladies mentales et de la criminalité.

M. Sommer (de Giesen) rapporteur. — **L'imbécilité au point de vue clinique et médico-légal.** — Les idiots traités dans les asiles et les habitués des écoles de correction ont beaucoup de points de ressemblance ; il serait désirable qu'on applique aux deux groupes les mêmes méthodes d'investigation et qu'on arrive à une meilleure coopération entre les médecins et les éducateurs.

Quand on étudie la criminalité juvénile,il faut bien se rappeler qu'un grand nombre des habitués des maisons de correction sont, sans conteste, des imbéciles.

Il est très probable que, si on analyse avec soin toutes les influences extérieures ou internes,on arrivera de plus en plus à cette opinion que le crime juvénile doit être regardé comme une maladie.

M. Ernesto Tramonti (de Rome). — **Les tendances criminelles chez les enfants phrénasténiques.** — L'auteur a pu démontrer avec de longues recherches pratiquées sur 136 enfants phrénasténiques de l'Asile-Ecole de Rome qu'ils présentent, en haute proportionnalité, cérébroplégiques ou non, des tendances criminelles variées et particulièrement des tendances à la violence.

Pour cette raison et en raison du danger très fréquent de la recrudescence de ces tendances antisociales à l'époque de la puberté, il est nécessaire que tous les phrénasténiques éducables soient soumis à l'assistance intégrale, c'est-à-dire l'internement dans des asiles-éducatoriums, jusqu'à 12-14 ans ; il faudrait ensuite l'intervention des sociétés de patronage avec leurs diverses institutions appliquées selon les cas jusqu'à 25 ans. Le meilleur moyen d'éducation, c'est le travail continu et méthodique. Pour les inéducables, l'internement dans des asiles *ad hoc* est nécessaire.

M. Jean Lépine (de Lyon). — **Tuberculose et aliénation mentale. Tuberculoses atypiques du système nerveux.** — A côté des formes graves, mortelles, de confusion mentale dues à la tuberculose, il y a des formes plus atténuées de psychoses toxi-infectieuses tuberculeuses, qui, non traitées, aboutissent à la démence.

Traités par des modificateurs énergiques de la phagocytose générale (argent colloïdal, nucléinate de soude), un certain nombre de ces cas peuvent guérir complètement. Il s'agissait, dans les observations de l'auteur, de tuberculose pulmonaire discrète confirmée du reste par les réactions de laboratoire.

Il est vraisemblable, qu'au point de vue anatomique,ces cas ne correspondent pas à des lésions folliculaires typiques,mais plutôt à une tuberculose septicémique, analogue à celle que l'on a appelée inflammatoire.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

M. Malcolm Morris (de Londres) rapporteur. — **Traitement du lupus érythémateux.** — Le lupus érythémateux paraît être essentiellement une inflammation chronique de la peau, locale à son origine et dépendant des conditions circulatoires, de troubles vaso-moteurs. Le traitement doit être *général* ou constitutionnel et *local*. Le traitement général comprend surtout un régime sévère, excluant tout ce qui peut charger l'intestin de matériaux capables de fournir un terrain favorable à l'infection des voies digestives. La quinine est souvent utile. Localement, dans la phase hyperémique, on emploiera des lotions rafraîchissantes, des onctions avec des pommades à base de sous-acétate de plomb. L'ichtyol sous forme de lotions ou de pommades est le plus utile des topiques locaux. Dans des cas chroniques, l'auteur a trouvé que le meilleur remède était l'application constante de fortes solutions d'ichtyol.

Dans les cas graves les scarifications linéaires ou de légères touches de thermocautère donnent souvent de bons résultats.

L'auteur a quelquefois employé avec succès dans les cas subaigus les courants de haute fréquence et dans les cas chroniques la méthode de Finsen et les rayons X. Ces agents physiques sont particulièrement utiles dans les cas invétérés,où il y a épaississement des téguments ; le radium peut être employé avec succès dans les cas limités.

M. L. Brocq (de Paris). — **Les scarifications linéaires quadrillées dans le traitement du lupus vulgaire et en particulier dans le traitement du lupus vulgaire du nez.** — De 1900 à 1906, L. Brocq a systématiquement refusé de traiter lui-même directement des lupus vulgaires, et il les a fait traiter par d'autres médecins en ayant recours aux nouvelles méthodes préconisées depuis peu en particulier à la photothérapie et à la radiothérapie. Il voulait ainsi pouvoir se faire une idée précise de leur réelle valeur pratique.

De cette longue et impartiale observation,il croit pouvoir conclure que ces méthodes nouvelles sont très efficaces,qu'il y a lieu de les employer dans nombre de cas, lorsque c'est possible, mais qu'elles ne sauraient faire abandonner complètement les anciens traitements.

A propos de chaque forme de lupus vulgaire et de chaque localisation de cette maladie, il s'agit de choisir le procédé thérapeutique qui convient : on ne peut être systématique. Il est même souvent utile de combiner plusieurs procédés dans un cas donné pour arriver plus promptement à la guérison. C'est ce que l'auteur avait déjà proposé de faire en 1886, en préconisant ce qu'il appelait la méthode mixte.

La méthode de choix de traitement du lupus vulgaire, toutes les fois qu'il est possible de l'appliquer, lui paraît être l'ablation chirurgicale très large.

Quant il s'agit de lupus très étendu, il conseille de pratiquer le raclage chirurgical à fond, avec énucléation minutieuse de tous

les prolongements, quelques minimes qu'ils soient, puis de faire une cautérisation également minutieuse au chlorure de zinc ou au fer rouge, et de panser avec de l'iodoforme.

Quand ces deux traitements sont impossibles, il conseille, pour les lupus du front, des tempes, des pommettes, et surtout pour les lupus de la joue, d'employer la photothérapie, qui est vraiment la méthode de choix pour les lupus un peu importants de la dernière de ces régions.

La scarification bien faite peut guérir le lupus vulgaire, elle donne des cicatrices aussi belles que celles de la Finsenthérapie.

A cause de la nécessité qu'il y a à agir en surface sur toute l'étendue du mal, et en profondeur jusqu'à ses dernières limites, la scarification n'est vraiment applicable que lorsque le lupus n'est pas très vaste, et elle n'est très efficace que lorsque le lupus occupe des téguments minces reposant sur un plan résistant, comme dans les lupus du nez.

Etant donnée la multiplicité des séances qu'elle exige, elle n'est pratique, d'autre part, que lorsqu'il est indispensable de guérir le mal avec un minimum de cicatrice et d'atrésie, comme lorsqu'il s'agit de lupus des lèvres, des paupières, des narines.

La scarification est le traitement de choix du lupus vorax et du lupus ulcéreux du nez ; elle doit, dans ces cas, être préférée à toutes les autres méthodes connues. Elle agit alors avec plus d'efficacité et de rapidité qu'aucun autre procédé, et elle permet d'obtenir d'extraordinaires réparations des parties atteintes.

MM. de Beurmann, Gougerot, Vaucher (de Paris). — **Fréquence de la sporotrichose de de Beurmann. — Facilité de son diagnostic — Son importance pronostique et thérapeutique.**— Les auteurs montrent l'importance et la fréquence de la sporotrichose de de Beurmann, c'est-à-dire de la sporotrichose due au *Sporotrichum Beurmani*. Alors qu'on ne connaît que deux observations de sporotrichose de Schenk due au sporotrichum Schenkii, et une seule observation de sporotrichose de Dor, les cas de sporotrichose de de Beurmann approchent de la centaine. Dans une série de mémoires, de 1906 à 1908, les auteurs ont fait l'histoire clinique, anatomo-pathologique, bactériologique, expérimentale, étiologique et pathologique de cette maladie. De tous côtés sont apparus des travaux nombreux qui confirment leurs recherches. Ils insistent sur la facilité du diagnostic par la culture à froid (méthode de de Beurmann et Gougerot), par le séro-diagnostic (méthode de Widal et Abrami), par l'intra-dermo-réaction (méthode de de Beurmann et Gougerot). Le diagnostic de sporotrichose est une des plus faciles en bactériologie et son importance pratique est considérable puisqu'il assure un bon pronostic, délivre le malade de la crainte de la tuberculose ou de la syphilis, commande le traitement iodo-ioduré général et local quasi spécifique qui rapidement guérit le malade. Les auteurs font appel aux médecins réunis au Congrès pour les inviter à rechercher cette mycose. Ils sont, en effet, persuadés qu'elle doit être aussi fréquente en dehors de France qu'en France. Si on ne l'a pas signalée en Allemagne, en Autriche-Hongrie, en Angleterre en Italie et en Russie, c'est parce qu'on ne l'a pas recherchée systématiquement. (*A suivre.*)

ANALYSES

Complications craniennes et intracraniennes des antrites frontales suppurées ; par H. Luc, de Paris. (*Annales des maladies de l'oreille*, XXXV, n° 3, 1909.)

Voici une étude excessivement importante, et par la documentation irréprochable, et par les vues ingénieuses de l'auteur. H. Luc est un interventionniste convaincu et, dans ce mémoire remarquable, il plaide avec fougue, en se basant surtout sur des exemples personnels, d'ailleurs typiques, la cause de l'opération soigneuse et complète dans les sinusites frontales.

On a reproché à l'opération d'être la cause d'accidents intracraniens de voisinage ; de là à proscrire dans l'espèce les actes chirurgicaux, il n'y avait qu'un pas qui fut vite franchi et on put entendre, à la Société française de laryngologie, un des membres les plus distingués exprimer l'opinion qu'en général les antrites suppurées ne tuaient pas, quand on les laissait tranquilles et que, par conséquent, tant que les malades ne réclamaient pas l'opération radicale, il valait mieux s'abstenir de la leur proposer. Pour Luc, ce n'est pas le fait d'opérer qu'il faut incriminer, mais celui d'opérer défectueusement.

Tout d'abord il ne faut opérer à chaud que si on y est obligé ; mais si on est amené à intervenir, en pleine période fébrile, il faut opérer à fond, c'est-à-dire pousser la résection osseuse jusqu'à la dénudation de la dure-mère et même, si les accidents persistent, jusqu'à l'exploration de l'espace arachnoïdien et de l'encéphale. D'autre part, il est probable que plus d'une fois la faute opératoire, cause des accidents intracraniens, a consisté en une lésion de la paroi osseuse profonde de l'antre ou plutôt encore au niveau de la lame criblée, où le transport des germes s'effectue si facilement par la voie des lymphatiques : Luc cite, à ce sujet, deux observations indiscutables, où l'introduction du stylet courbe, à la faveur de la position inclinée de la tête en arrière, a provoqué une fausse route ; d'ailleurs ce danger est considérablement diminué depuis que la brèche inférieure, préconisée par Killian et Taptas, a permis d'obtenir une vaste communication fronto-nasale par effondrement du labyrinthe ethmoïdal.

Sans causer directement l'infection intracranienne par une lésion de la paroi cranienne, l'opération peut déterminer son extériorisation par le mécanisme de la rétention en n'assurant pas une voie suffisamment large au drainage post-opératoire. Ce mécanisme peut d'ailleurs être réalisé en dehors de tout acte chirurgical ; c'est ainsi que Césarros, von Wild, Brieger, Herzfeld, Gerber et Botey ont publié des cas d'obstruction complète du trajet fronto-nasal.

Même après un bon élargissement de ce conduit, le danger de la rétention peut résulter de la présence d'une mèche de gaze trop serrée, passée de la brèche frontale dans la cavité nasale ou de quelque tampon laissé par mégarde dans la fosse nasale.

Mais de toutes les fautes opératoires pouvant provoquer le transport des germes infectieux dans le diploé crânien ou vers l'endocrâne, la plus fréquente consiste dans le caractère incomplet de l'opération, soit que le foyer principal ait été insuffisamment ouvert ou désinfecté, soit que l'opérateur ait négligé d'ouvrir et de désinfecter dans la même séance les foyers péridisinusaux voisins, ethmoïde, maxillaire sphénoïdal.

L'ostéite cranienne, qu'elle soit d'origine frontale ou ethmoïdale, marque la première étape de l'infection sur l'endocrâne ; mais tandis que, dans la majorité des cas, elle ne fait que traverser l'os ou n'y produit que des lésions suppuratives limitées, dans des cas heureusement rares, elle s'arrête plus ou moins longuement à cette première étape et y produit des lésions diffuses et des ravages étendus, avant de gagner l'intérieur du crâne. Luc a réuni 25 cas d'ostéomyélite cranienne.

La deuxième étape de l'infection est la thrombo-phlébite sinusale ; elle n'est pas aussi fréquente pour l'antrite frontale que pour l'otite suppurée ; Luc n'a pu en réunir que 15 cas ; cette différence s'explique par l'anatomie des deux régions ; tandis que la paroi postérieure de l'antre mastoïdien est coupée par le sinus sigmoïde, tout prêt à se laisser infecter à travers la mince épaisseur d'os qu'elle présente, l'autre frontal n'offre pas de rapport aussi étroit même avec le sinus longitudinal supérieur, qui est pourtant le plus proche.

L'infection arachnoïdienne marque la troisième étape de l'infection ; on distingue la leptoméningite suraiguë à généralisation rapide, ou leptoméningite foudroyante post-opératoire, la leptoméningite plus ou moins passagèrement limitée et enfin la leptoméningite séreuse ; donc mêmes variétés anatomiques, bactériennes et cliniques que les leptoméningites d'origine otique.

C'est enfin le cerveau lui-même qui est atteint, et Luc a recueilli 36 cas d'abcès encéphalique d'origine frontale, localisés au niveau du lobe frontal, parce que toujours très près de la paroi osseuse et présentant des symptômes capitaux, secousses cloniques, aphasie et surtout céphalée gravative et fièvre.

Point n'est besoin, on le comprend, d'insister sur l'exceptionnelle gravité de ces complications contre lesquelles, en dehors de l'argent colloïdal, il n'existe que l'intervention chirurgicale hâtive, minutieuse et complète. A.-R. Salamo.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis héréditaire tardive ;

Par M. POULARD
Ophtalmologiste des Hôpitaux.

Les découvertes modernes sur l'agent infectieux de la syphilis et les progrès de nos connaissances en pathologie générale éclairent certains faits cliniques d'apparence insolite et nous conduisent, bon gré, mal gré, à modifier notablement les idées que nous avions adoptées sur la syphilis.

Les distinctions si nettement établies entre les syphilis acquise et héréditaire, entre les différentes périodes primaire, secondaire et tertiaire de la syphilis acquise, sont en train de perdre leur précision exagérée.

La syphilis se rencontre, à chaque instant, en dehors des barrières classiques, et celui-là qui ne la recherche pas au-delà de ses limites habituelles s'expose de ce fait à des erreurs inévitables.

Voici deux cas intéressants de syphilis héréditaire tardive : une gomme du frontal et un tabès, chez deux sœurs, venues à la consultation le même jour.

Obs. I. — Mad. Cb., âgée de 50 ans, eut au niveau du frontal gauche, près de la ligne médiane, une large gomme syphilitique qui s'est ramollie et ouverte.

On voit maintenant un trou de 3 cm. sur 5 cm. qui intéresse toute l'épaisseur du frontal. Sous l'action du traitement spécifique déjà appliqué, l'évolution de l'ostéite s'est rapidement arrêtée. En dehors de cette ostéite, Mad. Cb. ne présente aucune autre lésion spécifique, aucun trouble nerveux, aucune lésion cutanée ou osseuse. Elle est atteinte d'une légère myopie. Son acuité visuelle centrale et son champ visuel sont normaux. Aucun trouble de la mobilité des globes ou des pupilles. Réflexes patellaires normaux.

Dans ses *antécédents personnels*, aucun commémoratif qui permette de retrouver une syphilis acquise. Rien dans ses *antécédents héréditaires*. Mais elle a avec elle sa sœur dont l'examen va nous donner de précieux renseignements.

Obs. II. — Mlle Bl., âgée de 36 ans, est actuellement et fut toujours, comme intelligence, franchement au-dessous de la moyenne. Elle eut dans sa jeunesse une ostéite du calcanéum et une ostéite du maxillaire inférieur droit.

Elle présente actuellement les signes d'un tabès parfaitement caractérisé: signe d'Argyll Robertson, abolition des réflexes patellaires, douleurs fulgurantes nettes et très vives. Le signe de Romberg est assez nettement accusé. L'O. D., légèrement myope, a une vision normale ; l'œil gauche, plus myope, n'a que 1/6 d'acuité visuelle, diminution de vision explicable par une choroïdite concomitante due à la myopie et non à la syphilis. Mlle Bl. est vierge.

Le tabès de Mlle Bl., est un bel exemple de syphilis héréditaire tardive ; et la gomme frontale de Mad. Cb. semble bien avoir la même origine héréditaire.

Ces deux affections sont, d'ordinaire, plutôt le fait de la syphilis acquise. A l'époque où je vis ces malades, j'aurais, même en l'absence de preuves, attribué gomme et tabès à la syphilis acquise, si l'histoire très précise de Mlle Bl. ne m'avait obligé à admettre l'origine héréditaire.

Quand un fait semblable s'est une fois présenté, on en trouve d'autres, on en trouve fréquemment, du moins en pathologie oculaire, et on est forcé d'admettre qu'il n'est guère de lésions de syphilis acquise qui ne puissent être réalisées par la syphilis héréditaire.

L'hypertrophie hépatique des gros mangeurs est totale et non monolobaire.

Remarques sur les mensurations du foie en clinique ;

Par A. BAUER,
Ancien interne des hôpitaux
(Travail du service du prof. BRISSAUD.)

Les faits cliniques présentés par les partisans de l'indépendance des lobes du foie en faveur de leur hypothèse sont nombreux, mais il n'en est pas qui soient assez précis pour être démonstratifs. C'est pour cette raison que nous disions, dans un travail antérieur (1) :

« Nous ne discuterons pas ici les données cliniques sur lesquelles s'appuient M. Glénard et ses partisans pour affirmer l'indépendance des lobes du foie. En effet, ces observations, de valeur trop relative et essentiellement subjective, pour la plupart sujettes à trop d'incertitudes, exposant à trop de méprises, pouvaient servir de point de départ à une hypothèse, mais ne sont pas susceptibles de constituer de véritables preuves matérielles. »

Et nous donnions à l'appui de ce que nous avancions l'exemple topique suivant : tandis que, d'une part, les partisans de l'indépendance des lobes du foie et du double courant porte admettent que « l'alcool, résorbé par la muqueuse gastrique, est transporté directement dans le foie gauche », d'autre part, en clinique, ils localisent la prédominance des modifications hépatiques d'origine alcoolique, suivant les cas, soit au lobe gauche, soit au lobe droit, soit encore aux lobes droit et moyen (2).

Il nous paraît difficile de concéder que de telles observations cliniques soient favorables à la théorie en faveur de laquelle elles sont présentées.

D'ailleurs, une fois de plus, dans un récent article (3), M. Sérégé, ardent défenseur de la conception de M. Glénard, vient, sans le vouloir, nous donner raison. En effet, s'il est impossible de soumettre à un examen critique valable la statistique personnelle sur laquelle s'appuie cet auteur, il est possible, par contre, d'étudier les quelques faits cliniques qui sont accompagnés d'indications précises. Ce sont des observations qui, aux yeux de M. Sérégé, démontreraient l'existence d'une hypertrophie monolobaire droite chez les gros mangeurs. *Or en étudiant les dimensions du foie des sujets de M. Sérégé et en se basant sur les chiffres mêmes donnés par cet auteur, il est aisé de démontrer que l'hypertrophie hépatique des gros mangeurs n'est pas une hypertrophie monolobaire, mais bien une hypertrophie totale*, et que les observations cliniques présentées par M. Sérégé dans son nouveau travail viennent précisément à l'encontre de ce qu'il veut démontrer.

M. Sérégé cite six observations de sujets bien portants, gros mangeurs, n'ayant jamais éprouvé la moindre maladie, qui seraient atteints d'une hypertrophie localisée au lobe droit, en rapport avec la suralimentation.

Voyons si ces observations ont réellement la signification qui leur est attribuée et prenons tout d'abord pour exemple l'observation qui doit être, sans doute, la plus caractéristique : l'observation I.

(1) BAUER — L'indépendance des lobes du foie est une hypothèse. *Journal de l'Anatomie*, n° 1, 1909.
(2) Voir R. GLÉNARD : De l'indépendance des lobes du foie, *Progrès Médical*, 1908, n° 8, p. 86 et 89.
(3) SÉRÉGÉ. — *Gaz. des Sc. médic.* de Bordeaux, 1909, n° 17, p. 193.

Cette observation concerne un homme de 38 ans, d'un léger embonpoint, gros mangeur depuis l'âge de 20 ans, chez qui M. Sérégé note : « Le foie fait saillie hors du rebord costal, et son bord inférieur exploré par le procédé du pouce, est trouvé mince, rénitent, non sensible. Il saute remarquablement sur le doigt jusqu'au niveau de l'incisure biliaire, située au niveau même du rebord costal. De ce point, le bord inférieur se porte à gauche en suivant une direction oblique en haut et à gauche qui coupe la ligne xyphoïdo-ombilicale vers sa partie moyenne. Les dimensions du foie sont les suivantes :

	ligne axillaire	ligne mamelonnaire	ligne médio-sternale
Hauteur absolue du foie ...	17 cm 5	13 cm	11 cm 5
Le foie déborde les côtes de..	5 cm	2 cm	

Les autres observations sont plus ou moins analogues. Dans chacune nous retrouvons : « Le bord gauche, délimité par la percussion seulement, montre que le *foie gauche est normal comme volume* » et les dimensions de la hauteur absolue du foie sur la ligne médio-sternale varient, suivant les observations, de 12cm. (obs. IV) à 10 cm. (obs. III et VI).

En présence de ces chiffres, on est surpris des conclusions formulées par M. Sérégé, car, pour tous les cliniciens, un foie qui, sur la ligne médio-sternale, atteint 10 cm et, à plus forte raison, un foie qui atteint 11 et 12 cm. n'est pas normal, mais franchement hypertrophié. (Nous écartons de la question les foies ptosés.)

La preuve matérielle, évidente, de ce que nous disons est facile à faire. Il suffit pour cela d'opposer aux chiffres présentés comme normaux par M. Sérégé la dimension habituellement donnée au foie sur la ligne médio-sternale. Les auteurs, il est vrai, donnent rarement des mensurations chiffrées ; voici celles que nous avons trouvées : 5 cm. 6 d'après Monneret (1) ; 6 cm. d'après Duplay, Rochard et Demoulin (2) ; « le lobe gauche déborde de 3 à 5 cm. », dit Paviot (3).

Mais les auteurs qui ne donnent pas de mensurations chiffrées disent tous, à peu de choses près, que le bord inférieur du foie franchit la ligne médiane *à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'intervalle qui sépare l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde de l'ombilic*, et se poursuit en montant jusqu'au rebord costal gauche qu'il croise au point de jonction des 7e et 8e cartilages costaux » (4). Or, comme nous le démontrerons plus loin, cette délimitation correspond en général, sur la ligne médiane, à une matité hépatique variant, suivant la conformation des sujets, de 5 à 8 cm.

Les anatomistes donnent au foie gauche une étendue un peu moindre, tout en tenant grand compte, avec raison, de la conformation thoracique. « Dans son segment pariéto-abdominal, la face convexe du foie est en rapport avec la paroi abdominale antérieure sur une étendue qui varie suivant les sujets ou, plus exactement, suivant le développement du thorax (Larger, 1875), mais qui est toujours assez restreinte. *Chez les sujets qui ont un thorax de développement moyen*, sa limite inférieure est indiquée par la ligne obliquement ascendante qui, partant du cartilage de la 9e ou 10e côte droite, remonte vers le cartilage de la 7e ou 8e côte gauche ; *cette ligne passe à un travers de doigt environ au dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde. Chez les individus robustes, à thorax très large, cette même ligne remonte au dessus du sommet de l'appendice* et les rapports du foie avec le paroi sont encore moins étendus que précédemment. Au contraire, *chez les sujets à thorax étroit, et surtout chez les femmes, la limite inférieure s'abaisse à 2 ou 3 et, exceptionnellement, à 4 travers de doigt au-dessous de la pointe xiphoïde* : le foie dans ce cas entre en contact avec la paroi abdominale sur une étendue relativement assez grande » (1).

D'après Charpy, la limite du bord antérieur du foie correspond « à une ligne oblique qui s'élève du cartilage de la 8e ou de la 9e côte droite à celui de la 7e côte gauche. En général, le foie remplit sur la ligne médiane le tiers supérieur de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic, *soit deux ou trois travers de doigt*. Il y a toutefois d'assez notables variations ». Les dimensions indiquées par Charpy sont appuyées des résultats obtenus par Hasse dans ses expériences cadavériques et par Grönross dans ses recherches radioscopiques (2).

Enfin, les recherches que nous avons faites dans le service de M. Brissaud corroborent celles des précédents auteurs. Elles sont condensées dans le tableau ci joint où les chiffres indiquant la hauteur du foie concernent la matité totale, absolue et relative. Les malades, examinés dans la matinée, à distance des repas, étaient étendus sur le lit, les épaules légèrement relevées, les membres inférieurs en demi-flexion, les genoux en abduction.

	Maladie	AGE	TAILLE	POIDS	ESPACE XIPHO-OMBILICAL	FOIE SUR LA LIGNE MÉDIANE	FOIE SUR LA LIGNE MAMELONNAIRE	FOIE SUR LA LIGNE AXILLAIRE
		ans						
D	Tabes.........	46	1.63	55	15	6	10	9
C	Tuberculose laryngée	37	1.63	53.500	15	5	12	9
P	Blennorrhagie..	30	1.67	57	15	7	11	11
G	Artério-sclérose	66	1.68	65	16	5	11	9.5
B	Paral. générale.	43	1.58	55	16	6	10	11
F	Paral. générale.	33	1.67	63	16	5.5	12	13
D	Psychasthénie..	20	1.72	60	16	7.5	12	11.5
L	Paraplégie spasmodique.....	39	1 66	64	17	6	13	12
R	Hémiper. droite.	43	1.67	75	17	8	12	11 5
L	Hémiplégie gauche	51	1.68	63	17	6	9	9
G	Broncho-pneumonie guérie.	52	1.68	65	17	4	14	12
H C	Pachy-méningite chronique....	41	1.66	78	18	6	11	9.5
	Paral. générale.	52	1.75	82	18	8	10	12
P	Hémiplégie gauche.........	50	1 62	80	19	4	8	7
L	Sciatique......	49	1.66	60	20	8	14	12

Ce tableau met en évidence : 1° que chez une série de sujets mâles indemnes de lésions hépatiques manifestes et pris au hasard dans un service, la hauteur du foie sur la ligne médiane, mesurée, suivant la règle, à partir de la *base* de l'appendice xiphoïde, variait de 4 cm. à 8 cm ; 2° que le bord inférieur du foie se trouvait soit un peu plus près de l'extrémité de l'appendice xiphoïde que de l'ombilic, ainsi que le dit M. Chauffard, soit beaucoup plus près.

Certaines de ces mensurations vont nous permettre maintenant de dresser un tableau schématique des rapports conventionnellement admis entre la hauteur du foie gauche sur la ligne médiane et la longueur de l'espace xipho-ombilical ; nous attribuerons au lobe gauche, comme hauteur moyenne, le tiers de l'intervalle qui sépare l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde de l'ombilic (Glénard). Dans ces conditions, étant donné que la longueur de l'appendice xiphoïde est en moyenne de 3 cm., nous voyons par exemple que, lorsque l'espace xipho-om-

(1) *In* Jaccoud. *Pathol. Int.* T. III, p. 30.
(2) *Manuel de Diagnostic chirurgical*, p. 369.
(3) *Précis de Séméiologie*, p. 282.
(4) Glénard. — *Ptoses viscérales*, p. 517.

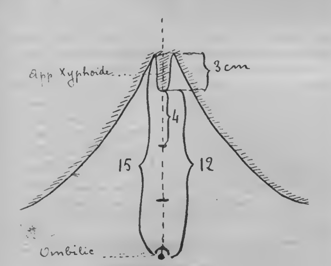
(1) Testut et Jacob. — *Anatomie topogr.*, t. 2, p. 156.
(2) Poirier et Charpy. — *Traité d'anatomie*, Article *foie*, p. 707 et 716.

bilical (mesuré depuis la base de l'appendice xiphoïde) a 15 cm., la hauteur du foie, d'après Glénard, doit être de 7 cm. (3 cm : longueur moyenne de l'appendice xiphoïde + 4 cm, tiers de l'intervalle compris entre la pointe de l'appendice xiphoïde et l'ombilic) et sur ces données nous pouvons établir le tableau schématique suivant :

Quand l'espace xypho-omb. a		le foie gauche normal mesurerait.	
	15 cm.,		3 + 4 = 7 cm.
—	16	—	3 + 4.3 = 7.3
—	17	—	3 + 4.6 = 7.6
—	18	—	3 + 5 = 8
—	21	—	3 + 6 = 9

Le premier tableau ayant montré que l'espace xipho-ombilical mesure le plus souvent de 15 à 18 cm, il résulte avec netteté du deuxième tableau qu'un foie mesurant 10, 11 et 12 cm., de hauteur sur la ligne médiane, non seulement dépasse « l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'intervalle compris entre l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde et l'ombilic », mais déborde même le milieu de l'espace xipho-ombilical (1).

Inutile d'ajouter que les chiffres de notre deuxième tableau n'ont d'intérêt qu'au point de vue de la discussion actuelle. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le premier tableau pour voir que ces chiffres représentent des moyennes irréalisées et ne répondent pas à la réalité des faits.



Voilà qui prouve la nécessité, lorsqu'on traite de la hauteur *moyenne* du foie sur la ligne médiane, ou bien de s'en tenir à la formule vague, mais suffisamment explicite de M. Chauffard (v. plus haut), ou bien de prendre l'appendice xiphoïde pour seul point de repère des mensurations.

En somme, quelle que soit la manière dont on envisage la hauteur du foie sur la ligne médiane, qu'on prenne en considération les mensurations chiffrées données par quelques auteurs et celles de notre premier tableau, qu'on se rapporte aux données générales des cliniciens et des anatomistes, il nous paraît impossible d'accepter comme normaux les chiffres de 10, 11 et 12 cm. publiés par M. Sérégé.

De là découle en toute évidence que, chez les sujets gros mangeurs dont l'observation est rapportée par M. Sérégé, le foie gauche est hypertrophié tout comme le foie droit.

Mais peut-être l'hypertrophie du foie droit est-elle très prédominante et beaucoup plus accusée que l'hypertrophie du lobe gauche ? Tel n'est pas notre avis. Et voici pourquoi :

Supposons que le foie de l'obs. I de M. Sérégé ait eu, avant d'être hypertrophié, les dimensions moyennes données par Monneret, par exemple : 5,6 sur la ligne médiane et 10,5 sur la ligne axillaire. Nous voyons que, pour atteindre 11,5 sur la ligne médiane et 17,5 sur la ligne axillaire, le foie a augmenté à gauche de 6 cm., à droite de 7 cm. La différence n'est pas grande !

Supposons que ce même foie ait eu les dimensions moyennes données par Rochard et Demoulin : soit 6 cm. sur la ligne médiane et 12 cm. sur la ligne axillaire. Nous voyons que dans ces conditions, le foie gauche a augmenté de 5,5, le foie droit de 5,5 aussi.

Reprenons les chiffres moyens de Monneret, 5,6 sur la ligne médiane et 10,5 sur la ligne axillaire, qui, au dire de Jaccoud, sont même un peu élevés, et rapprochons-les des dimensions des foies des autres observations de M. Sérégé.

Obs. II :	Foie gauche	mesur.	11 cm.	dépasse la moyenne de	5.5
	Foie droit	—	16 cm.	—	5.5
Obs. III.	Foie gauche	—	10 cm.	—	4.5
	Foie droit	—	15 cm.	—	4.5
Obs. IV.	Foie gauche	—	12 cm.	—	6.5
	Foie droit	—	17 cm.	—	6.5
Obs. V.	Foie gauche	—	11 cm.	—	5.5
	Foie droit	—	17 cm.	—	6.5
Obs. VI.	Foie gauche	—	10 cm.	—	4.5
	Foie droit	—	16 cm.	—	5.5

Ainsi, sans qu'il y ait lieu d'insister, il nous paraît bien établi que chez les sujets de M. Sérégé, l'hypertrophie du lobe gauche équivaut ou est proportionnée à celle du lobe droit.

On remarquera que dans toutes ces évaluations nous ne tenons pas spécialement compte de la hauteur dont le foie dépasse le rebord costal ; c'est que, sauf dans les cas de grande hypertrophie, cette indication n'a d'intérêt, au point de vue de l'appréciation du volume réel et précis du foie, que si des renseignements sont donnés sur la conformation générale du sujet et, en particulier, sur la forme du thorax : ces renseignements font défaut dans les observations de M. Sérégé.

Cette étude, tout en démontrant que l'hypertrophie hépatique des gros mangeurs est totale et non monolobaire, conduit à cette autre conclusion : lorsqu'on poursuit des recherches précises sur les variations totales ou régionales du volume du foie, il est nécessaire non seulement d'indiquer par un schéma la disposition du bord inférieur de l'organe et les dimensions de sa matité sur les lignes médiane, parasternale, mamelonnaire, etc., mais encore de donner quelques détails sur la constitution du sujet : après l'âge, la taille et le poids, la mesure de l'espace xipho-ombilical (depuis la base de l'appendice xiphoïde), la mesure de l'ouverture de l'angle xiphoïdien à différents niveaux (par exemple à 6 cm., puis à 12 cm. de la base de l'appendice xiphoïde), la mesure de l'espace séparant la base de l'appendice du plan passant par la limite inférieure du rebord costal, la mesure de la ligne intermamelonnaire. A l'aide de ces mesures, on peut établir des schémas intéressants à comparer malgré leurs imperfections. Il va sans dire que ces mensurations ne sont utiles que pour des recherches précises, les mensurations habituelles étant bien suffisantes pour la pratique clinique courante.

(1) A moins d'admettre que, dans les cas de M. Sérégé, l'espace xipho-ombilical ait atteint de 24 à 27 cm. Ces longueurs, il est vrai, peuvent être observées, mais elles constituent l'exception chez les sujets normaux même légèrement obèses. Nous avons mesuré 22 cm. sur un abdomen distendu par l'ascite, alors que précédemment nous avions mesuré 16 cm ; — également 22 cm. chez une femme petite, obèse et plus ou moins éventrée (1 m. 54 ; 76 kgs) ayant eu 11 enfants — 24 cm. chez un homme de 40 ans, dont la taille est de 1 m. 94 ; — 25 cm. chez une femme de 25 ans enceinte de 8 mois, de 1 m. 60 de hauteur et pesant 70 kgs. — enfin 40 cm chez une femme atteinte, d'adipose douloureuse 62 ans, 1 m. 60, 280 kgs) : or chez cette femme le foie gauche ne *semblait* pas dépasser 7 cm. sur la ligne médiane.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Anonymat et le concours de médecins des hopitaux.

Il y a quelques mois, la Société médicale des hôpitaux, secouée par la crise qui sévissait sur la corporation tout entière, contrie des médisances qu'elle s'était attirées, ressentait la nécessité de donner à son concours de recrutement une forme plus équitable.

Chacun sentait l'heure grave, chacun était épris de justice. Deux longues séances furent consacrées à la solution de ce problème, auquel on s'appliqua avec le plus grand désintéressement. Pendant cette période héroïque, où tous auraient presque spontanément abandonné leurs privilèges, deux modifications capitales, votées à une majorité écrasante, toutes mains levées, apparaissaient comme devant dominer la question et la rendre sincère aux yeux de tous : l'*anonymat des épreuves écrites* d'une part, la *multiplicité des jurys* d'autre part. De la sorte, finissaient les mauvaises nominations (s'il y en a eu), les prédominances d'influences (s'il en existe), les pronostics fâcheux de justesse (s'ils sont possibles). On allait enfin avoir un concours, un vrai concours, comme dans les Grandes Ecoles du Gouvernement !

Le temps passa et il sembla que la préoccupation initiale devenait plus contingente : il n'y avait plus d'agitation dans les syndicats, le concours était terminé, les vavances proximes amollissaient les volontés, le calme était partout et, en revenant de la mer tranquille, de Bruges la morte ou de la montagne impavide, chacun trouvait dans son courrier un projet de concours, dû à la plume littéraire de notre excellent ami Bernard, où l'anonymat devenait la pire des choses et la multiplicité des jurys la plus mauvaise des combinaisons !

***

Il est dur, semble-t-il à beaucoup, de voir disparaître du projet, d'une manière aussi définitive, le principe de l'anonymat des épreuves écrites. Je dis d'une manière aussi définitive, parce que l'anonymat n'est même plus indiqué comme devant être soumis au vote de la société. Il est purement et simplement condamné.

Nous ne reviendrons pas ici sur les avantages multiples d'une épreuve initiale anonyme, capable de restreindre le nombre des candidats, qui, sans la préparation suffisante préalable, tentent la chance de rencontrer à son heure, dans le jury, le chef qui voudra bien les nommer. Cette simple réponse d'un candidat le prouverait, s'il en était besoin : apprenant que l'anonymat de la copie allait probablement être réalisé dans le prochain concours, la figure du dit candidat s'assombrit : « Ah ! dit-il d'un air mélancolique, alors il va falloir travailler » !....

L'objection capitale qui est faite par le rapporteur à ce malheureux anonymat est l'impossibilité matérielle de le réaliser, et le scandale qui résulterait de sa violation.

Il faut avouer qu'on ne s'est pas très torturé les méninges pour essayer de construire un anonymat inviolable, mais que, par contre, les arguments ont été apportés en foule pour le démolir. Cette réalisation ne paraît pourtant pas atteindre, en difficulté, la construction des dirigeables et ne semble pas non plus au-dessus des forces de l'homme.

Je voudrais soumettre le procédé suivant à la réflexion de la Commission.

Demander aux candidats trois copies d'une heure (anatomie pathologique, clinique, sémiologie) faites à trois jours différents pour ménager les forces des patients, et jugées par trois jurys différents un pour l'anatomie pathologique, un pour la clinique, un pour la sémiloogie.

La question de l'écriture n'est pas insoluble : les candidats sont déjà entraînés pour l'internat. On pourrait d'ailleurs leur donner une demi-heure de réflexion pour faire un plan avant la copie. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient, je pense, à ce qu'un médecin du XXe siècle écrive lisiblement.

La lecture des copies serait faite par les juges à tour de rôle : un jury se composerait par exemple de sept juges. A chaque séance, chaque juge lirait à haute voix une copie, ce qui ferait 7 copies lues à peu près en 70 ou 80 minutes. Total : 12 séances de lecture environ de 1 heure 20 chacune, ce qui n'est pas la mort d'un médecin chef de service, ou même simplement des hôpitaux.

Cette épreuve serait éliminatoire pour la moitié des candidats sur la totalisation des points des trois jurys.

Il me paraît bien difficile qu'avec ce système l'anonymat puisse être dévoilé : il serait bien extraordinaire que l'écriture et la modalité cérébrale du candidat pussent être révélatrices pour les trois jurys.

Je ne vois pas non plus quelles impossibilités on peut trouver à ce système et je le propose avec la conviction sincère que son application servirait à la conservation de la bonne renommée du corps des hôpitaux et le mettrait à l'abri des attaques dont il est périodiquement l'objet.

G. Milian.

MÉDECINE PRATIQUE

Les opiacés en médecine infantile ;

Par G. Railliet
Interne des hôpitaux.

Longtemps, sur la foi des expériences de Trousseau et Pidoux, l'opium et ses dérivés ont été bannis de la pratique médicale infantile. En vérité, cette prescription ne paraît pas avoir été absolue, car beaucoup de médecins ont souvent eu recours à la codéine ; bien mieux, en 1894, L. Fischer pouvait réunir un certain nombre de faits d'intoxication par l'opium et s'élevait dans le *Medical Record* contre l'abus des opiacés chez l'enfant.

Néanmoins, c'est seulement en 1899 qu'à l'encontre de l'opinion classique, deux auteurs : Ausset, puis Borde, signalèrent la remarquable tolérance des jeunes enfants et même des nourrissons pour les opiacés et qu'ils préconisèrent ces médicaments dans les gastro-entérites aiguës de l'enfance. Mais ce n'est qu'en 1908, avec les travaux de Lesage et Cléret et la thèse de Lemarignier sur l'emploi de la morphine, que la question est véritablement reprise. Après l'inévitable enthousiasme du début, des insuccès ont été publiés. Aussi, bien qu'il soit difficile, à l'heure actuelle, de formuler des conclusions définitives sur la valeur de la médication, nous essayerons de mettre en évidence les résultats acquis.

***

Choix de la préparation. — Peter, West, Simon, cités par Borde, administraient le *laudanum* dans les diarrhées des nourrissons ; le laudanum et l'*élixir parégorique*, ajou-

taient-ils, sont les seules préparations opiacées usitées dans le jeune âge, les sels de morphine doivent être rejetés complètement avant 3 ans.

Borde soutient, au contraire, que l'enfant en bas âge supporte sans danger la morphine à des doses considérables, pourvu qu'elles soient fractionnées. Il rejette le laudanum, dont l'activité est variable, et le *sirop diacode*, très peu actif, accepte le *sirop thébaïque*, mais donne la préférence au *sirop de morphine*. Son opinion est d'ailleurs combattue par Rocaz, qui cite un accident fâcheux dû au peu actif sirop diacode, et par Mongour Davezac admet le sirop diacode. Comby a utilisé dans la coqueluche la *poudre de Dower*. Variot rapporte des cas de croup où la *codéine* produisit une sédation marquée et empêcha l'intervention ; il rappelle en outre que Sevestre, après avoir critiqué l'emploi de ce médicament, était revenu sur son opinion. Lyon et Loiseau, dans leur formulaire, recommandent d'employer exclusivement l'élixir parégorique et le sirop diacode, parce qu'ils se prêtent le mieux au fractionnement des doses.

L'élixir parégorique est encore préconisé tout récemment par Deléarde. Mais les travaux de ces auteurs concernent surtout les gastro-entérites, tandis que les recherches récentes provoquées par les publications de Lesage, Cléret et Lemarignier portent essentiellement sur les affections spasmodiques des voies respiratoires.

Dès lors, la morphine est seule employée, à l'exclusion de toute autre préparation et l'accord paraît fait sur les *injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine*. Il semble qu'on puisse adopter les conclusions pondérées de Lust au Congrès de Buda-Pesth.

On doit déconseiller — sans le condamner — l'usage des préparations à base d'opium, à cause de l'inconstance et de la variabilité de proportion des éléments qui entrent dans leur composition.

Il est préférable d'utiliser la morphine, médicament simple, stable, identique de dosage rigoureux, efficace et non nuisible s'il est méthodiquement employé.

L'enfant supporte la morphine relativement mieux que l'adulte, cela d'autant mieux qu'il est plus jeune et que les symptômes à combattre sont plus graves.

Aussi, loin de bannir la morphine de la thérapeutique infantile, faut-il profiter de son efficacité, *à la condition de s'en servir avec prudence, méthode et à propos*.

***

Posologie et mode d'administration.

Insistant sur le fractionnement des doses, Martinet pense qu'on peut employer sans danger :

L'*extrait thébaïque*, 1/2 centigramme par année d'âge ;

L'*opium brut*, un centigramme ;

Le *laudanum de Sydenham*, huit centigrammes, soit trois grammes ;

Le *sirop thébaïque*, deux grammes.

La *poudre de Dower* a été prescrite par Comby à dose de 5 centigrammes par jour et par année d'âge.

Le *sirop diacode* est donné par Davezac à dose de 5 grammes par jour et par année d'âge ; c'est également ce que conseille Martinet. Lyon et Loiseau ne donnent que 1 à 2 grammes.

Elixir parégorique. — Deléarde recommande les doses suivantes, conformément au Codex 1908 :

à 3 mois	2 gr. 50
à 6 mois	5 gr.
à 9 mois	7 gr. 50
à 12 mois	10 gr.
à 15 mois	12 gr. 50
à 18 mois	15 gr.
Après 21 mois	16 gr.

Cette dernière dose ne sera jamais dépassée.

La médication sera administrée dans les gastro-entérites iguës de la façon suivante :

Supression absolue du lait de vache.

Toutes les 3 heures, un biberon de décoction de céréales ; en cas de vomissement, celle-ci sera donnée par doses fractionnées, par cuillerées à soupe ou à café.

Immédiatement avant le biberon ou mélangé à lui, une cuillerée à café d'une potion renfermant l'élixir parégorique avec une dose invariable de 60 grammes d'excipient (sirop de fleurs d'oranger ou julep gommeux).

Continuer la potion pendant 36 heures au plus.

Morphine. — On peut l'utiliser sous forme de sirop, en injections ou en lavements.

1° *Sirop de morphine*. — Borde l'administre dans une potion de 100 cent. cubes, équivalant à peu près à 24 cuillerées à café, soit une cuillerée à café toutes les heures, jour et nuit.

La dose de sirop variera suivant l'âge et aussi selon l'intensité de la maladie. Borde adopte les chiffres suivants :

2 à 3 gr.	à 1 mois.
5 gr.	à 3 mois.
9 gr.	à 6 mois.
11 gr.	à 12 mois.
13 gr.	à 15 mois.
15 gr.	à 18 mois.
17 gr.	à 21 mois.
18 gr.	à 2 ans.

2° *Injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine*. — Lesage, Cléret et Lemarignier se servent toujours d'une solution à 1 %. Ils conseillent de ne jamais dépasser les doses ci-dessous, doses fortes convenant aux violents accès de suffocation du croup :

Avant 2 mois	1 à 2 milligrammes.
Jusqu'à 1 an	1/3 de centigramme.
De 1 à 2 ans	1/2 centigramme.
De 2 à 3 ans	2/3 de centigramme.
Après 3 ans	1 centigramme.

Ces doses pourront être répétées.

Pour les nourrissons il est préférable d'utiliser une solution au millième.

On ne recourra à la *voie gastrique* que s'il y a impossibilité quelconque (répugnance de la famille pour les injections, par exemple) d'employer la voie hypodermique.

Enfin la morphine peut encore être administrée par *voie rectale*. Mouriquand a donné à un nourrisson de 18 mois 2 milligrammes dans 50 centimètres cubes d'eau. Lust pose en principe que l'administration de la morphine doit se faire en proportion du poids de l'enfant, et non de son âge. Voici quelles sont ses conclusions en ce qui concerne la posologie :

En règle générale, on débutera par une dose correspondant à 5 dixièmes de milligramme (un demi-milligramme) par kilogramme, en vingt-quatre heures, *par prises filées* dans vingt cuillerées à café, 60 grammes d'eau et 30 grammes de sirop, lorsqu'on l'administre *par la bouche* ; par une dose massive de 2 dixièmes 1/2 de milligramme (un quart de milligramme) dans un *lavement* de 30 grammes environ ; par 1/10 de milligramme par kilogramme, *en injections hypodermiques*. Ces doses peuvent être considérées comme des minima à utiliser pour débuter, mais que l'on peut sans danger dépasser au bout de quelques jours, si les indications le commandent.

Comme l'accoutumance est rapidement produite, on peut, si l'on est forcé de continuer la médication, donner, sans crainte d'accumulation, des doses rapidement croissantes, à condition de pas atteindre le double des doses fixées.

***

Indications. — Dans les *gastro-entérites aiguës*, on peut essayer la méthode de Borde. Cet auteur a recommandé le sirop de morphine, non pas comme un spécifique, mais comme un adjuvant très utile des médications habituelles, diète hydrique, décoctions de céréales et de légumineuses. Après l'administration du sirop, l'état de l'enfant est très

amélioré ; les urines sont plus abondantes ; diarrhée et vomissements diminuent rapidement. Pourtant Rocaz considère la médication opiacée comme illogique et nuisible en pareil cas.

On peut aussi recourir au procédé de Deléarde : on constate la cessation rapide des vomissements ; la diarrée s'arrête dans la journée. L'enfant s'endort parfois dès la première cuillerée. Le principal avantage serait de pouvoir reprendre rapidement l'alimentation lactée. Le succès est d'autant plus grand que l'enfant est à sa première crise d'entérite.

Dans quelques cas de *fièvres éruptives avec agitation intense*, Lemarignier a pu obtenir avec la morphine une sédation que n'avaient pas procurée les bains.

Dans un cas de *méningite cérébro-spinale* avec délire intense, le même auteur a eu à se louer de la morphine, en dépit de la contre-indication théorique.

Dans les *convulsions*, Flourens, cité par . emarignier, a eu un succès.

Enfin dans l'*adénopathie trachéo-bronchique*, dans l'*asthme*, la morphine a pu être également employée avec avantage.

La morphine dans la coqueluche.— De leurs recherches thérapeutiques sur la coqueluche, Triboulet et Boyé concluent que les injections sous-cutanées de morphine exercent une influence non douteuse sur l'intensité et la fréquence des quintes, ainsi que sur la durée totale de la maladie.

Parfois dès la première injection, le vomissement cesse ; toujours il s'atténue, de même que la cyanose ; après quelques injections, la quinte double se change en quinte simple. Enfin la durée totale de la maladie, normalement de 80 à 100 jours, s'abaisse entre 58 et 31 jours.

Marfan adopte la technique de Triboulet, et Boyé arrive à peu près aux mêmes conclusions ; sur 14 cas, il a eu un insuccès chez un enfant atteint de broncho-pneumonie ; 3 fois la diminution du nombre des quintes a été peu nette ; 10 fois elle a été très nette. On fait des injections trois jours consécutifs, on arrête trois jours, puis on reprend trois jours et ainsi de suite. Habituellement, dès la première série, les accès sont plus courts et le résultat reste acquis pendant le repos. Après dix ou quinze jours, sédation très nette ; amélioration de l'état général, retour de l'appétit ; les vomissements diminuent en dépit de l'action émétisante de la morphine ; de même la polypnée et la tachycardie. Quant à l'abréviation de la maladie signalée par les auteurs précédents, Marfan ne l'a pas constatée avec évidence.

En résumé, le traitement est bien toléré, il peut être employé même en cas de broncho-pneumonie ; sa seule contre-indication relative est l'existence d'albuminurie.

Il donne des résultats analogues à ceux de la médication par le bromoforme ; mais il paraît l'emporter sur cette dernière par deux avantages : administré par voie hypodermique, il ne fatigue pas l'estomac, et en outre, il est fort simple.

Il suffit de n'en pas faire une médication systématique et de le limiter aux cas de quintes violentes, longues, fréquentes, qui épuisent l'enfant.

Triboulet ajoute que si d'autres médicaments calment aussi bien, aucun n'agit aussi vite et que de plus celui-ci peut servir à différencier une coqueluche simple d'une coqueluche compliquée de tuberculose : efficace dans le premier cas, il ne l'est point dans le dernier.

Cependant, Lesage n'a pas obtenu d'aussi beaux succès et Comby, sur une série de six cas, a eu une aggravation, une amélioration et quatre fois une action nulle. Cet auteur a eu quelques résultats assez satisfaisants avec de la poudre de Dower. Il estime que tous les calmants du système nerveux peuvent avoir des effets heureux, mais des effets souvent partiels, inconstants et éphémères.

Mouriquand a traité 10 cas avec Weill ; en général, le résultat est douteux ; il y a bien parfois une légère atténuation de la durée des quintes ; d'autres fois, on ne constate aucun résultat. Aussi, dans les cas graves, ces auteurs sont-ils revenus à leur pratique habituelle : les inhalations d'oxygène. Pourtant, Mouriquand a traité depuis lors par la morphine un cas d'hypercoqueluche avec spasmes glottiques graves et broncho-peumonie, l'intensité de la quinte ne fut pas diminuée, mais le spasme de la glotte cessa après un lavement de 0. gr. 004 milligrammes de morphine dans de l'eau tiède. Le surlendemain, une nouvelle tendance au spasme fut enrayée par un lavement de 0, 002. La morphine ne paraît donc avoir eu d'effet que contre le spasme consécutif à la coqueluche. La morphine, en pareille occurence, ne doit être qu'un médicament d'urgence, car après l'injection l'enfant est plongé dans une somnolence plus ou moins marquée, peu favorable à la défense respiratoire.

La morphine dans les sténoses laryngées aiguës non diphtériques. — En pareille circonstance, dit Lemarignier, l'efficacité du traitement morphinique est absolue Ausset, Sargnon, avec Barlatier et Mastier, puis avec Rome, ont rapporté des cas heureux de laryngites aiguës non diphtériques suffocantes où, sans la morphine, l'intervention aurait vraisemblablement été indispensable. Morichau-Beauchant, dans un cas de laryngite sténosante ayant nécessité le tubage, put, grâce à la morphine, éviter des tubages répétés. Ces succès se conçoivent d'autant mieux qu'ici l'élément spasme est primordial, contrairement à ce qui existe dans le croup, où à l'obstacle mécanique toujours sérieux s'ajoute une intoxication plus ou moins profonde. C'est cependant contre le croup qu'on a voulu faire de la morphine un traitement systématique.

La morphine dans le croup. — Lesage et Cléret, dans leur travail initial, Lemarignier dans sa thèse, n'ont eu qu'à se louer de l'emploi de la morphine, qui même chez les nourrissons ne leur a jamais donné d'inquiétude. Par contre, cela leur a souvent permis d'éviter le tubage.

Leur règle de conduite est la suivante :

a) Si l'enfant tire depuis plusieurs heures et a des menaces d'asphyxie, faire une injection à une dose variable suivant l'âge (V. *Posologie*) ; puis quelques instants après, injecter 80 à 100 ou 120 centimètre cubes de sérum antidiphtérique.

Dans la majorité des cas, l'enfant s'endort, le tirage cesse, la respiration devient calme et régulière ; le sommeil morphinique dure 5 à 6 heures ; le sérum agit pendant ce temps ; au réveil, l'enfant est virtuellement guéri. Si on ne réussit pas, on a toujours le temps de tuber.

b) L'enfant est cyanosé, mourant : faire le tubage immédiat et faire immédiatement l'injection de morphine comme ci-dessus. Cela réduit la durée du tubage au minimum, deux heures S'il le faut, on pourra recommencer la morphine au lieu du tuber à nouveau. Par le sommeil qu'elle procure, la morphine met l'enfant dans de meilleures conditions pour résister à l'infection.

Lemarignier conseille même de faire l injection alors que le tirage est de date très récente.

Triboulet et Boyé, tout en se rangeant aux conclusions de Lesage et Cléret, font quelques réserves. Ils reconnaissent que le calme qui suit l'injection est trompeur et que, pour éviter l'asphyxie, il faut surveiller plus attentivement l'enfant tubé que celui qui ne l'est pas. On outre, il est nécessaire de s'assurer préalablement qu'il n'y a pas d'albumine dans les urines, ce qu'on n'a pas le temps de faire s'il y a urgence — et il faut mettre l'enfant au régime lacté le jour de l'injection.

Toutes différentes sont les conclusions de Carles et Dupérié. Ces auteurs sont-ils réellement tombés sur une série malheureuse, ont-ils employé des doses trop prudentes et, partant, inefficaces ? Toujours est-il qu'ils ont eu 11 insuccès sur 12 cas.

Le traitement morphinique a été totalement impuissant à amener à lui seul la guérison ; si le tirage a diminué, ce n'est que momentanément. La somnolence obtenue est passagère et trompeuse : le tirage persiste, mais insidieux et sournois ; de sorte que, sans une surveillance très attentive et expérimentée, comme le reconnaissent Triboulet et Boyé, l'enfant asphyxie progressivement.

Il ne tire plus, en vérité ; mais le tirage est un indice de

lutte active. L'état général devient mauvais ; l'aspect est celui d'un intoxiqué ; à l'intoxication diphtérique s'est ajoutée intoxication morphinique.

De plus, comme nous le remarquions plus haut, le croup n'est pas que spasme ; l'obstacle mécanique persiste, de sorte que finalement l'intervention s'impose plus que chez l'enfant qui a simplement reçu du sérum antidiphtérique.

Carles et Dupérié critiquent les indications données par les partisans de la méthode. et formulées par Lemarignier. Si le tirage est récent, peu intense, la morphine ne paraît pas indispensable, on pourrait réussir sans elle. Quand il y a menace d'asphyxie, l'injection leur paraît dangereuse. Enfin, dans les cas graves, urgents, à quoi sert l'injection consécutive au tubage ?

Somme toute, dans aucun cas Carles et Dupérié ne reconnaissent l'utilité de la morphine. Par contre, ils en ont fort bien exposé les inconvénients, que nous pouvons résumer ainsi :

Atténuation des moyens de lutte contre l'obstacle mécanique ;

Intoxication médicamenteuse surajoutée ;

Tubage plus vite indispensable ;

Nécessité d'une surveillance très rigoureuse, impossible hors de l'hôpital ;

Non suppression de l'emploi du sérum antidiphtérique.

Enfin la morphine trouve des contre-indications, sinon dans l'albuminurie, du moins en cas de broncho-pneumonie et de diphtérie toxique.

⁂

Conclusions — En présence de ces faits déjà nombreux et assez contradictoires, quelle conclusion tirer ? Pour ne pas souscrire sans réserve à l'enthousiasme des partisans de la morphine, il ne faut pas tomber dans l'excès inverse et rejeter sans plus ample examen une médication qui peut rendre, dans certains cas, les plus réels services.

Nous partageons volontiers les appréhensions de Comby, qui craint que la méthode ne se vulgarise trop vite et passe sans un stage suffisant dans la pratique civile. Alors, en effet, la morphine étant appliquée comme une panacée, sans indication raisonnée, ne donnera pas tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre et son emploi tombera en un injuste discrédit. Aussi bien, comme il paraît établi que ce médicament, ou, d'une façon plus générale, la médication opiacée employée avec prudence ne peut entraîner aucun accident sérieux, nous pensons qu'on doit continuer à l'utiliser, afin d'en mieux préciser les indications.

Ces indications nous paraissent pouvoir être provisoirement posées ainsi :

Dans les gastro-entérites, le sirop de morphine et l'élixir parégorique seront parfois un utile adjuvant, mais ils ne sauraient constituer un traitement systématique.

Dans les pyrexies avec agitation douloureuse, la morphine restera une ressource suprême.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, l'asthme, les convulsions, l'emploi de la morphine semble logique, mais les observations, encore trop peu nombreuses, ne permettent pas de se faire une opinion.

Dans la coqueluche, les avantages de la morphine l'emportent de beaucoup sur ses inconvénients.

Les laryngites aiguës non diphtériques où le spasme joue un rôle capital constituent jusqu'à ce jour la meilleure indication du traitement morphinique.

Par contre, en dépit d'un récent cas heureux de Château, nous pensons que les vigoureuses critiques de Carles et Dupérié restent fondées et qu'elles portent un coup sensible à l'emploi de la morphine dans le croup.

Bibliographie.

On trouvera la bibliographie de la question jusqu'en avril 1909, dans l'excellente revue de Gaudeau, *Archives médico-chirurgicales de province*, 15 avril 1909.

Nous y ajouterons les indications suivantes:

Chateau. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 22 mai 1909.

Comby. — *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 8 mai 1909.

Deléarde. — *Archives de méd. des enfants*, juin 1909.

Marfan. — *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 8 mai 1909.

Martinet. — *Les médicaments usuels*, 1909.

Mouriquand. — *Gaz. des hôp.*, 1909, nº 101.

Triboulet. — *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 20 oct. 1908.

REVUE DES JOURNAUX

Des farines de céréales et de légumineuses diastasées chez les malades et les convalescents.

La tisane de céréales possède une action diurétique et tonique que l'on peut utiliser au cours des maladies aiguës, et surtout durant les périodes de convalescence. Le Dr Weill, de Lyon, a songé à associer à ces farines de céréales de la farine de malt, de façon à réaliser une hydrolyse des substances amylacées.

Dans des recherches entreprises dans un but analogue, A. Imbert (*Lyon médical*, 29 août 1909) a préféré à la farine de malt, dont la teneur en diastase n'a rien de constant, la diastase ou maltine du nouveau Codex.

Après l'adjonction de maltine aux farines employées, une partie de l'amidon est saccharifiée par la diastase, tandis qu'une partie reste inattaquée. Les essais de A. Imbert ont été faits à l'aide des farines suivantes : avoine douce, blé vert, froment, maïs blanc, maïs rouge, orge, riz, gruau, blé entier, fèves de marais, haricots verts, lentilles vertes, pois chiches, pois verts, tapioca, pommes de terre.

On peut utiliser en clinique deux formes d'administration de ces farines diastasées : la *tisane de céréales diastasées et le potage de céréales et de légumineuses diastasées.*

1º *Tisane de céréales diatasées.* — Voici comment il convient de la faire préparer :

Farine de gruau de blé	5	grammes
— de riz	5	—
— d'orge	5	—
— de maïs	5	—
— d'avoine douce	5	—

Diviser ce mélange dans l'eau froide, pour éviter la formation de grumeaux, puis jeter dans un litre d'eau bouillante. Après une cuisson de dix minutes, ajouter 0 gr. 25 de maltine (Codex 1908), qui liquéfie complètement la gelée obtenue habituellement par refreidissement.

Cette tisane peut se donner pure, sucrée ou salée, coupée avec son volume de lait bouilli.

On peut donner un à deux litres par jour pour un adulte, et pour les enfants, suivant l'âge, de 1 demi-litre à 1 litre, soit à la tasse, soit au biberon, avec ou sans lait.

La tisane ainsi obtenue est d'une saveur agréable, légèrement saline. Elle est fort bien digérée par le malade. Si le malade supporte mal le lait et soufre de crampes d'estomac intolérables avec cuisson, on se trouvera bien d'un mélange à parties égales de lait bouilli et de cette tisane. La diurèse se manifeste bientôt après l'administration de la tisane ou du mélange.

2º *Potages de céréales et légumineuses diastasées.* — Les bouillies peu appétissantes, indigestes, de farines de céréales ou de légumineuses sont avantageusement remplacées par les potages suivants :

Farine de riz	5	grammes
— d'orge	5	—
— de maïs	5	—
— d'avoine	5	—
— de grau de blé	5	—
— de fèves des marais	5	—
— de pois verts	5	—
— de lentilles vertes	5	—
— de haricots verts	5	—
Tapioca	5	—

Environ une cuillerée à café de chaque.

Ces 50 gr. de mélange légumes-céréales sont mis dans 250 grammes d'eau légèrement salée ; après dix minutes d'ébullition lente, on a une bouillie très épaisse. Retirer du feu, et ajouter 0 gr. 50

de maltine qui liquéfie en moins de cinq minutes. Faire prendre ce potage toutes les deux heures, tantôt coupé avec son volume de lait, tantôt avec du bouillon dégraissé.

Ces deux préparations culinaires liquides sont d'une saveur tout à fait agréable, faciles à prendre par leur consistance fluide, qui permet de les boire.

La digestion en est facile et la diurèse se maintient.

Pour un adulte, trois potages par jour seront une bonne alimentation de convalescence. En ajoutant un œuf dans le potage chaud au moment de servir, on a une crème savoureuse, véritable aliment parfait. (*Journal des Praticiens*, 1909, p. 622.)

Posologie des médicaments employés dans le traitement des abcès froids.

Huile gomenolée :

Injecter 2 cc. d'huile gomenolée au 1/20. Dans quelques cas, on peut observer des signes bénins d'une intoxication générale.

Huile créosotée iodoformée :

Iodoforme	5 grammes.
Créosote	2 —
Huile d'olive	100 c. cubes.

Stériliser l'huile, laisser refroidir, et vers 60° ajouter le mélange créosoté et iodoformé pour éviter la décomposition à la chaleur et la mise en liberté de l'iode.

Injection de 2 à 5 cent. cubes.

Naphtol camphré :

Pour éviter la précipitation au contact des liquides de l'organisme, injecter le mélange suivant :

Naphtol camphré	1 c. cube.
Glycérine pure	10 —

Triturer dans un mortier jusqu'à parfaite division.

Ether iodoformé :

Mélange au 1/10. Injecter 3 à 4 cc. dans la cavité de l'abcès.

Nucléinate de soude :

Solution au 1/100. Nucléinate de soude laissé en contact pendant six heures dans le chloroforme, décanté et séché à l'étuve à 40°, dissous dans de l'eau stérile. Ne pas stériliser la solution à 120°, de peur de décomposition.

Injecter 2 à 3 cc. dans la cavité de l'abcès.

Goitre exophthalmique d'origine tuberculeuse.

Quelle que soit, en effet, la cause première de la maladie de Basedow, que le point de départ réside dans une maladie du bulbe ou du sympathique cervical, il est incontestable que les perturbations de la sécrétion thyroïdienne jouent un rôle capital dans la physiologie pathologique de cette affection. Que la cause perturbatrice de la sécrétion thyroïdienne siège au niveau de la glande elle-même ou bien qu'elle résulte d'un trouble du système nerveux aboutissant à des modifications plus ou moins profondes dans la circulation ou le métabolisme de cet organe, c'est toujours par l'intermédiaire de ces troubles thyroïdiens que se produisent les symptômes essentiels du goitre exophalmique.

La tuberculose doit donc déterminer les symptômes du goître exophtalmique en agissant sur la glande thyroïde. Les faits actuellement constatés permettent de regarder cette hypothèse comme démontrée. Dans un certain nombre de cas il peut s'agir de lésions thyroïdiennes typiques, de véritables tubercules thyroïdiens. L'observation de Gilbert et Castaigne en est un exemple. Sur le corps thyroïde de la malade ces deux auteurs ont, en effet, pu mettre en évidence des follicules tuberculeux et même de nombreux bacilles de Koch. Mais au niveau de la glande thyroïde, les lésions tuberculeuses typiques sont absolument exceptionnelles ; au contraire chez les tuberculeux, on rencontre très souvent des modifications structurales présentant les caractères de l'inflammation simple.

Les lésions inflammatoires simples du corps thyroïde chez les tuberculeux ont été étudiées par toute une série d'auteurs et ont fait tout récemment l'objet de la thèse de Giraud (1), inspirée par Landouzy. A l'autopsie des sujets qui ont succombé à une tuberculose, surtout à la phtisie pulmonaire, on rencontre presque constamment des altérations scléreuses de la glande ; 11 fois sur 12, d'après les examens de Roger et Garnier, 19 fois sur 24 d'après Giraud. D'ordinaire il s'agit d'une véritable cirrhose atrophique. Le corps thyroïde est réduit à la moitié ou même au tiers de son volume normal, il pèse 10, 13, 8 gr. au lieu de 25 gr. Il est pâle, ratatiné, d'une consistance ferme. Le microscope montre des lésions scléreuses à point de départ périvasculaire, diffusant de là dans le parenchyme voisin. Les vésicules sont étouffées par la cirrhose interstitielle. Mais en dehors de ces points sclérosés, il existe des centres de prolifération glandulaire ; où la glande est en état de suractivité fonctionnelle, on y voit des vésicules sécrétant abondamment en même temps que des amas épithéliaux s'infiltrent entre elles, noyés par places dans des amas colloïdes récemment collectés. La glande peut présenter alors un aspect lobulé identique à celui de la thyroïde infantile (Defaucamberge). Cette prolifération de l'épithélium glandulaire peut, dans certains cas, être prépondérante et aboutir à une véritable sclérose hypertrophique. La glande est incontestablement alors en état de suractivité fonctionnelle : les cellules des vésicules sont plus gonflées, plus troubles, avec des noyaux mal colorés et à contours diffus. Elles se disposent en plusieurs couches, dessinant des festons en saillie dans le bloc colloïde central. Les cellules desquament parfois et tombent dans la lumière de la vésicule. Ces troubles de la sécrétion du corps thyroïde que l'on rencontre chez les tuberculeux et qui se caractérisent à la fois par des phénomènes d'hypersécrétion et de dyssécrétion ressemblent d'une façon frappante aux diverses lésions qui ont été constatées dans la maladie de Basedow. Ces lésions, variables si l'on veut entrer dans leur détail, sont en définitive caractéristiques de phénomènes inflammatoires atténués. Les lésions des artères et du tissu conjonctif intravésiculaire, aussi bien que les proliférations glandulaires, constituent des modifications analogues à celles que l'on constate dans toute inflammation subaiguë ou chronique, et en particulier, dans la tuberculose. Il s'agit, dans les deux cas, d'une cirrhose hypertrophique.

Ainsi les lésions inflammatoires simples du corps thyroïde des tuberculeux chroniques et les lésions du même organe dans la maladie de Basedow étant identiques, il semble logique, *à priori* de regarder la tuberculose comme susceptible de déterminer, par son action sur le corps thyroïde, les symptômes caractéristiques du goitre exophtalmique. De là à parler de maladie de Basedow d'origine tuberculeuse il n'y a qu'un pas et ce pas doit être franchi si l'on considère, d'une part, les constatations cliniques qui montrent la présence fréquente du goitre exophtalmique chez les tuberculeux, d'autre part, les notions actuellement acquises depuis les travaux de MM. Poncet et Leriche sur la tuberculose inflammatoire. En effet, ces lésions purement inflammatoires, ces scléroses hypertrophiques du corps thyroïde aboutissant soit à des néoformations circonscrites, à des goitres énucléables, comme dans nos trois premières observations, soit à une hypertrophie diffuse du corps thyroïde comme dans notre quatrième cas, doivent être regardées réellement comme des manifestations de nature tuberculeuse. Elles peuvent être dues à la présence de bacilles atténués, plus vraisemblablement sans doute aux toxines diffusibles ou aux poisons adhérents du bacille de Koch. Maintenant qu'il est définitivement démontré que, dans tous les organes, la tuberculose peut affecter la forme inflammatoire simple, il n'y a plus aucune raison de voir dans ce fait de la coïncidence d'une tuberculose avec un goitre exophlalmique, autre chose qu'une lésion tuberculeuse du corps thyroïde. Cette lésion tuberculeuse se traduit par des phénomènes de dysthyroïdisation et d'hyperthyroïdisation caractéristiques de la maladie de Basedow.

Une dernière coïncidence clinique nous semble intéressante à noter au sujet de cette conception de l'origine tuberculeuse de nombre de cas de maladie de Basedow. Les travaux récents de Weill et Diamantberger, de Vincent, de Bouchut ont montré la

(1) G. Giraud. — Le corps thyroïde des tuberculeux (Th. de Paris, 1903).

coïncidence fréquente du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, de la thyroïdite, dite rhumatismale, et de la maladie de Basedow. Or, dans un bon nombre d'observations publiées par ces auteurs, comme du reste dans celle que nous donnons nous-mêmes, on voit que les sujets qui ont présenté cette triade pathologique : rhumatisme, thyroïdite et maladie de Basedow, étaient des tuberculeux avérés. Quoi de plus simple alors que de regarder toutes ces manifestations morbides comme traduisant l'attaque de l'organisme par une seule et même infection, la tuberculose, spécifique ou inflammatoire, se localisant simultanément ou successivement sur les articulations et le corps thyroïde.

La tuberculose inflammatoire, soit sous la forme d'hypertrophie plus ou moins diffuse, soit sous la forme de goître simple, est beaucoup plus fréquente, dans le corps thyroïde, que la tuberculose spécifique.

C'est, du reste, une loi de physiologie pathologique (1) sur laquelle M. Poncet a, maintes fois, insisté : que les glandes à sécrétion interne active, la thyroïde, en particulier, ont une telle défense naturelle contre le virus tuberculeux que les lésions, par lui engendrées, y sont, surtout, frustes, atténuées, et qu'elles prennent alors des caractères simplement inflammatoires. (H. ALAMARTINE. *Bulletin médical*, 1er septembre 1909, p. 185).

La théobromine

La théobromine a été associée à de nombreux remèdes. Comme elle est insoluble, on a cherché tout d'abord à la solubiliser à l'aide de l'adjonction d'un sel sodique : benzoate, acétate, salicylate de soude. Faisons toutes nos réserves pour cette dernière combinaison. Le salicylate de soude est un irritant rénal dangereux. La théobromine trouvant son emploi dans nombre de maladies rénales, il convient de ne pas l'associer à un produit nocif. Donc, pas de salicylate de théobromine et de soude (diurétine). On a, du reste, absolument tort de chercher trop souvent à solubiliser les médicaments ; car leur insolubilité est presque toujours pour eux un moyen de renforcement et de prolongation de leur action thérapeutique.

On a encore employé l'acétate de soude (agurine), le benzoate de soude. L'adjonction de ce dernier remède est courante. C'est un oxydant des déchets organiques, en même temps qu'un agent inoffensif pour le rein.

Théobromine	0 gr. 50
Benzoate de soude	0 — 25

P. 1 cachet. — 2 par jour.

La *lithine*, depuis les travaux de Haig, a bien perdu de sa vogue. Il semble, du reste, que l'acide urique n'existe pas dans la sang à l'état d'acide urique, mais d'urate soluble de soude (quadriurate) qu'il s'agit d'éliminer au plus vite pour empêcher sa transformation en urate insoluble (biurate) (A. Luff). Il paraît démontré que les sels de lithine sont plutôt des précipitants de l'acide urique, d'où leur inutilité dans l'uricémie. On prescrit plus couramment la *pipérazine*, le *sidonal* (quinite de pipérazine) à la dose de trente centigrammes par jour, et surtout l'*acide thyminique*, qui a pour résultat d'empêcher la précipitation de l'acide urique et de favoriser son élimination, surtout par son association avec la théobromine.

Théobromine	0 gr. 50
Acide thyminique	0 — 25

P. 1 cachet. — 2 par jour.

L'*acide quinique*, d'après J. Weiss, provoquerait une diminution manifeste de la formation d'acide urique. La certitude n'est pas absolue à cet endroit, mais on peut ordonner l'association de quinate de lithine ou mieux de pipérazine (0,25 cent.) à 0,50 centig. de théobromine, deux à trois fois par jour, qui produit souvent de bons effets.

Dans les cas d'insuffisance cardio-rénale, quand la théobromine et la digitaline ne sont pas prescrites concurremment, on peut ordonner 10 jours de digitaline (V gouttes de la solution à 1/1000) et 10 jours de ces cachets, ou encore les cachets de théobromine spartéinée avec addition d'un à deux centigr. de caféine. (HUCHARD et FIESSINGER. — *Journal des Praticiens*, 2 oct., p. 637.

(1) Société méd. des hôpitaux de Paris, 1908-1909.

Mouvement de la population pendant un siècle.

M. le Dr Maurice Brousse a eu l'idée très ingénieuse d'étudier le mouvement de la population pendant un siècle dans une localité qui, échappant à toutes les causes qui peuvent modifier profondément ce mouvement, peut être considérée comme exprimant la moyenne de ce qu'on peut observer en France. Il s'agit de la petite ville de Sandillon, située dans la Sologne, ville agricole ne recevant pas d'éléments étrangers, fournissant peu à l'émigration et dont la population a en somme peu varié.

De ce mouvement, on peut donc conclure à ce qui se produit dans toute la France. Ces résultats peuvent être résumés dans les propositions :

1° Diminution progressive de la natalité.

2° Diminution réelle et non seulement apparente de la mortalité infantile.

3° Diminution de la mortalité dans l'âge adulte.

4° Augmentation du nombre des vieillards et de l'âge moyen de la mort parmi les vieillards.

Nous n'insisterons ici que sur cette quatrième proposition, augmentation de la longévité et du nombre des vieillards, à propos de laquelle M. Brousse fait des remarques importantes.

Il résulte tout d'abord de ce fait que l'augmentation de la population générale en France a été plus lente encore que les chiffres bruts ne le laissent supposer puisque la proportion actuelle des vieillards est plus grande que celle du début du XIXe siècle. On peut même dire que cette augmentation du nombre des vieillards représente la moitié de l'augmentation totale de population de la France. Voici d'ailleurs les chiffres pour la période 1850-1890 :

En 1850, la population de la France (d'après Rotillon) était de 35.783.170 habitants.

Elle était en 1890, de 38,133,385 habitants.

L'augmentation en 40 ans a été de 2,350,215 habitants.

Or, pendant cette même période, le nombre total des personnes âgées de plus de 60 ans est passé en France de 3,628,815 à 4.769.153 ; en augmentation par conséquent de 1.040.338, c'est-à-dire sensiblement la moitié de l'augmentation générale, c'est-à-dire aussi qu'en 1850, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient environ le dixième de la population totale, tandis qu'en 1890, elles représentent plus d'un huitième.

Par contre, de la même période 1850-1890, l'augmentation des adultes de 20 à 59 ans (qui représentent en France plus de la moitié de la population totale), n'a été que de 790.429. De sorte que l'augmentation des personnes âgées est plus grande proportionnellement et réellement que celle de la population active.

Une augmentation aussi considérable du nombre des vieillards devra attirer l'attention du législateur au moment de l'établissement de la loi sur les retraites ouvrières et de toutes les lois et mesures analogues.

Il est logique, en effet, de penser que cette augmentation n'a pas atteint sa limite et qu'elle se fera sentir pendant une période qu'il n'est pas possible de calculer actuellement. Si donc les chiffres de prévisions des retraités sont basés uniquement sur le nombre actuel des salariés et sans tenir compte de l'augmentation probable due à la cause que nous avons envisagée, ces chiffres deviendront rapidement insuffisants.

On peut voir, en effet, que le nombre des retraités pourra augmenter pour plusieurs raisons :

1° Extension de la loi à des catégories professionnelles nouvelles ;

2° Augmentation du nombre des travailleurs de l'industrie et du commerce ;

3° Augmentation de la proportion des vieillards en France ;

4° Augmentation de la durée de la vie dans la vieillesse.

Sans envisager ici les influences personnelles, on peut seulement noter qu'il faudra prévoir des moyens financiers de plus en plus élevés pour les retraites ouvrières ; parce qu'il y aura à la fois plus de retraités et des retraites plus longues, et cela, par suite des notions que nous avons mises en relief sur l'aug-

mentation du nombre des vieillards et sur l'augmentation de l'âge moyen des décès.

Les mêmes considérations s'appliquent au fonctionnement de toutes les sociétés qui assurent à leurs membres des retraites viagères, aux sociétés de secours mutuels, aux grandes administrations. Et les mêmes prévisions doivent être faites dans le calcul de leurs retraites. Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 Octobre 1909.

A propos du procès-verbal, M. de Beurmann prend la parole, pour réfuter certaines critiques de M. Pautrier. Il s'agit de la sporotrichose. M. de Beurmann réclame la priorité pour la cuti-réaction de cette affection et laisse à M. Pautrier la priorité de la sous-cuti-réaction et les réactions sporotrichosiniques, moyens diagnostiques beaucoup moins sûrs.

M. de Beurmann rapporte ensuite des observations de sporotrichose, que lui ont fait connaître des praticiens de province et de l'étranger.

M. Siredey, secrétaire général, fait savoir aux membres que la Société est invitée à prendre part aux Congrès de l'assainissement de l'habitation ; qu'il a reçu du Préfet de la Seine un règlement de la nomination des directeurs de laboratoires de radiothérapie, qu'il a reçu d'un médecin d'Athènes un mémoire sur la fièvre de Malte (paraîtra dans le compte rendu).

Examen histologique et chimique des crachats dans les catarrhes pituiteux et les bronchites albuminuriques. — MM. ***Bezançon*** et ***de Jong*** ont pratiqué méthodiquement l'examen des crachats de malades atteints de bronchite albuminurique et de catarrhe pituiteux. Les résultats de ces recherches les amènent à établir trois types de maladies à expectoration abondante et albumineuse.

1° L'œdème pulmonaire : expectoration séroalbumineuse, pas de mucus, cellules pulmonaires et bronchiques non altérées ;

2° Catarrhe pituiteux : expectoration hydromuqueuse, pas d'albumine ;

3° Cas mixtes, fréquents et intéressants : expectoration hydromuqueuse avec une petite quantité d'albumine, un peu de mucine, beaucoup d'eau. Cette expectoration s'observe chez les bronchitiques chroniques et chez les emphysémateux qui sont en même temps atteints de sclérose cardiorénale, ce sont là, d'après les auteurs, les véritables bronchites albuminuriques.

Dans ces cas, l'élimination urinaire marche parallèlement avec l'élimination bronchique, il n'y a pas de balance entre l'élimination albumineuse bronchique et rénale. Le régime déchloruré diminue les urines, les crachats et la dyspnée de ces malades, la digitale augmente la quantité de toutes les éliminations, la théobromine agit comme la digitale, mais augmente surtout la dyspnée. P. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1909. — Présidence de M. BURET, Président.

Nécrologie. — Le Président annonce le décès survenu, pendant les vacances, de MM. Jules Besnier et Rougon, membres honoraires, et de MM. Godlewski et Jeannerat membres titulaires. La séance est levée en signe de deuil.

Pyélo-néphrite d'origine calculeuse. — M. *Mortier* insiste sur l'utilité, quand le rein opposé est reconnu normal, de faire une néphrectomie d'emblée, opération qui devient le plus souvent obligatoire au bout de peu de jours. Il insiste aussi sur l'absence possible, dans ces cas, d'hématies dans les urines centrifugées et l'obligation qu'il faut avoir de recourir à la radiographie.

M. *Boursier* estime également que les hématies sont un symptôme important dans les cas de calcul du rein, mais il peut faire défaut quand le calcul est très gros et enclavé.

Drainage du liquide céphalo-rachidien. — M. ***Wicart*** rappelle ses travaux parus en 1906 dans une thèse inaugurale intitulée : Abcès du cerveau d'origine optique.

Radiographie rapide, présentation de clichés. — M. ***Desternes.*** Les progrès réalisés tant dans l'appareillage que dans la technique radiologique ont permis d'abaisser dans une proportion considérable la durée des temps de pose : en moins d'une demi-minute, on peut, à l'heure actuelle, d'une façon courante, obtenir d'excellents clichés de n'importe quelle région. C'est là un avantage considérable, qui supprime la fatigue et la douleur pour le malade, et qui permet d'obtenir, par l'immobilisation plus facile autant que par la richesse des radiations, des épreuves plus nettes et plus précises ; c'est enfin par la possibilité d'opérer en apnée, un procédé qui permet l'examen de régions soumises à l'influence des mouvements respiratoires et qu'on ne pouvait jusqu'alors obtenir de façon convenable.

Cancer et fulguration. — M. ***de Keating-Hart*** expose les résultats donnés jusqu'à ce jour par sa méthode, *la fulguration*, appliquée au traitement du cancer. Sa statistique porte sur 247 cas. Les cas très graves et déjà abandonnés par la chirurgie, mais où la méthode a pu être appliquée intégralement, ont donné 63 % de guérisons, durant depuis trois ans 1/2 au plus, et six mois au moins.

Les cas opérables où l'exérèse au cours de la fulguration a pu être largement faite ne comptent pas encore un échec. *Or, dans ces trois catégories, la majorité des cas est constituée de cancers, du sein, des os et des muqueuses : langue, rectum,* etc.

L'auteur ajoute que, seules, des erreurs de technique, parfois chirurgicale, le plus souvent électrique, expliquent les échecs de sa méthode entre les mains de plusieurs expérimentateurs.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 8 octobre 1909.

A propos de l'hystérectomie vaginale. — M. ***Robert Lœwy*** utilise l'hystérectomie vaginale dans les vieilles métrites ayant résisté à tous les traitements médicaux dans les cancers du col au début, dans les cas où l'utérus contient de petits fibromes sous-muqueux.

M. ***Delaunay.*** — L'hystérectomie vaginale restera encore longtemps une opération des plus utiles. Dans ses indications il faut être éclectique et non point doctrinaire.

Les reproches qu'on lui a faits d'être une intervention aveugle sont inexacts, car elle permet toutes les explorations et toutes les conservations.

Dans les lésions des annexes ou de l'utérus chez les femmes, à la ménopause et après, c'est l'opération de choix.

Dans les suppurations pelviennes l'hystérectomie vaginale a été longtemps un progrès pour les bons résultats qu'elle donnait, aujourd'hui je lui préfère la voie haute, qui permet une intervention complète.

Dans les fibromes il faut tenir compte non pas seulement du volume de la tumeur mais aussi de la dimension du vagin, et ces deux éléments doivent entrer en ligne de compte pour établir l'indication de l'hystérectomie vaginale. Dans le cancer très limité du col elle m'a donné les meilleurs résultats. Lorsque le néoplasme est plus étendu, je préfère l'hystérectomie abdominale qui permet une résection large du vagin, car c'est au niveau de la cicatrice, c'est-à-dire du vagin, que la récidive est la plus fréquente. Si le cancer est très étendu je préfère le fer rouge.

Dans le prolapsus, l'hystérectomie vaginale ne peut être qu'une opération complémentaire.

M. ***Brodier.*** — Dans le cas de dégénérescence ganglionnaire cancéreuse, les ganglions n'offrent pas ordinairement un très gros volume. Le fait que les ganglions étaient très gros laissait prévoir qu'ils n'étaient pas cancéreux. Le diagnostic de cancer du col est très délicat, beaucoup de cas opérés comme tels n'en étaient pas, aussi est-il difficile de juger la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col. Je parle, bien entendu, des cancers du col sans envahissement des ligaments larges perceptible. Quant au cancer du corps de l'utérus inopérable, les opérations palliatives donnent des résultats temporaires et je connais une malade qui depuis trois ans vit encore avec un cancer de l'utérus ayant envahi tout le petit bassin.

Ouverture spontanée d'un pyo-salpinx droit (?) dans la vessie. Opération. Guérison. — M. *Ozenne* présente un rapport sur une observation de M. Burty relative à une collection pelvienne. La malade, âgée de 29 ans, ayant un passé génital inconnu, entra à l'hôpital avec des signes d'inflammation péri-utérine suppurée ouverte dans la vessie. L'orifice de communication siégeait à un centimètre de l'orifice de l'uretère. La laparotomie a révélé du pus dans la cavité de Reizius, un pyo-salpinx droit adhérent à la partie antérieure de la vessie, un pyo-salpinx gauche et la perforation postéro-latérale de la vessie. Hystérectomie totale. Suture vésicale. Persistance pendant six mois d'une fistule abdominale.

Le rapporteur discute l'origine de la suppuration et pense qu'il a dû se former une poche intermédiaire entre le pyo-salpinx et la vessie, à cause de l'évolution des accidents et du siège de la perforation vésicale éloignée de l'adhérence du pyo-salpinx. Il fait ensuite l'histoire de l'ouverture de ces pyo-salpinx dans la vessie, rappelle les variétés à marche aiguë et chronique et insiste sur le traitement différent dans les deux cas.

M. *Cathelin* relate un cas d'hydronéphrose droite probablement congénitale chez un jeune homme guéri de la néphrectomie.

Présentation de malade.—M. *Peraire.*—Résultat éloigné d'une *péritonite tuberculeuse guérie par la laparatomie.*— Il s'agit d'un enfant âgé de onze ans. L'opération date actuellement de deux ans. Le ventre était des plus ballonnés, l'état de l'enfant tout à tait précaire, il y avait une fièvre très élevée matin et soir. Aujourd'hui la guérison qui s'était effectuée, très rapidement, s'est maintenue parfaite.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909)

—

Le XXIIe Congrès français de Chirurgie s'est ouvert à Paris, le lundi 4 octobre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Richelot, membre de l'Académie de Médecine.

En un discours fort applaudi, après un bref salut aux membres décédés de l'Association française de Chirurgie, M. Richelot a fait l'éloge de la *Chirurgie simple*, ce qui ne veut pas dire une *Chirurgie simpliste*, car si les idées simplistes sont celles qui se présentent les premières à l'esprit, les idées simples sont au contraire l'aboutissant d'une longue expérience ; un long travail est nécessaire pour mettre l'ordre, la clarté, la simplicité dans nos connaissances. La chirurgie simple est donc une chirurgie adulte et très cultivée.

Il s'élève ensuite avec une certaine ironie contre la tendance de certains chirurgiens à compliquer outre mesure l'instrumentation chirurgicale, à créer un instrument spécial destiné à s'adapter à chacun des mouvements du chirurgien et à répondre à chacune des diverses indications qui se peuvent présenter. Celui-là qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens, est aussi celui qui réussira le mieux.

De même, on peut critiquer le luxe trop grand des salles d'opérations et surtout des salles de stérilisation actuelles. Pour atteindre l'asepsie parfaite qui n'est qu'une chimère, on a fait bien des choses inutiles. A quoi bon tous ces appareils compliqués et coûteux, d'un maniement délicat ! Faire bouillir les compresses dans une simple lessiveuse, et les instruments dans l'eau additionnée de carbonate de soude, telle a toujours été la manière de faire de M. Richelot et ses résultats opératoires n'en ont point pour cela été inférieurs à ceux de ses collègues.

De même, tous ces nouveaux appareils à anesthésie ne lui semblent offrir aucun avantage réel sur le vieux procédé de la compresse.

Dans l'acte opératoire lui-même il faut encore rechercher la simplicité, et ne pas laisser encombrer la chirurgie d'un tas de petites choses inutiles qui ne sont pas toujours très mauvaises, mais qui impliquent une erreur de jugement. On a trop tendance à se faire une chirurgie à soi, et dans ce but on s'éternise en des pratiques imparfaites, refusant d'employer des équivalents qui sont la clarté même.

La parole est ensuite donnée à M. le Secrétaire général pour la lecture de son rapport, puis on passe à l'étude de la première des questions à l'ordre du jour.

PREMIÈRE QUESTION

Chirurgie des artères. — MM. MONOD (de Paris) et VANVERTS (de Lille) ont écrit sur la question un rapport très complet et très documenté dont nous nous contenterons d'indiquer ici les grandes lignes :

Dans le premier chapitre ils étudient les divers *procédés d'hémostase préventive*, laquelle est le premier temps nécessaire de la plupart des interventions sur les artères : tube d'Esmarch, compression digitale, forcipressure, ligature temporaire, soulèvement et inflexion des artères.

Après ce chapitre d'introduction, vient l'étude des *contusions et ruptures artérielles*, dont ils ont réuni 106 cas, en laissant systématiquement de côté ceux qui sont antérieurs à l'ère antiseptique. Le grand danger des ruptures artérielles c'est *la gangrène*, due soit à l'obstruction des vaisseaux par thrombose, soit à l'épanchement sanguin qui empêche le développement de la circulation périphérique. Cette gangrène qui, autrefois, s'accompagnait toujours de complications septiques redoutables, si bien que pour l'éviter le sacrifice immédiat du membre atteint paraissait s'imposer, il est possible aujourd'hui de l'attendre sans craindre. Beaucoup d'ailleurs jugent préférable d'aller évacuer l'épanchement sanguin et lier les deux bouts de l'artère rompue. On a même tenté (Lejars-Stewart) d'aller ouvrir l'artère blessée et obstruée, pour en extraire le caillot et en suturer la paroi. D'autres ont proposé la ligature de l'artère en aval de la lésion.

Le 3e chapitre est consacré aux *plaies des artères*. La ligature, procédé de traitement le plus employé, le plus sûrement efficace, est l'objet d'un premier paragraphe. La suture des artères, question toute d'actualité, pourra-t-elle un jour, et dans certains cas tout au moins, remplacer la ligature ?

Cette suture peut être latérale ou circulaire. Dans les 125 cas qu'ils ont pu réunir, l'hémostase a été parfaite. Mais la perméabilité du vaisseau reste souvent douteuse. Cependant actuellement la technique en est assez parfaite pour qu'on puisse tenter la suture lorsque toutes les conditions favorables et particulièrement l'asepsie la plus rigoureuse se trouvent réalisées.

Dans les cas où la plaie artérielle s'accompagne d'une perte de substance, on a cherché à combler celle-ci soit par *transplantation vasculaire*, soit par *greffe*. Mais ces tentatives appartiennent à peu près uniquement à l'expérimentation (greffe artério-artérielle, greffe artério-veineuse, greffe péritonéale). A ces faits se rattachent aussi deux questions intéressantes que les rapporteurs rappellent au passage : celle de la transplantation des organes et des greffes des membres, et celle de la transfusion directe du sang.

Ils passent ensuite assez longuement en revue les plaies des artères en particulier et recherchent à propos de chacune d'elles à quel moyen les chirurgiens modernes se sont de préférence adressés. Ils citent à propos de l'aorte un cas de suture circulaire faite avec succès par Braun chez une fillette de six ans.

Le 4e chapitre traite de la *thrombose et de l'embolie*, autrefois considérées comme au-dessus des ressources de la chirurgie et contre lesquelles diverses opérations ont été tentées : extraction du caillot par artériotomie ; résection de l'artère thrombosée ; anastomose artério-veineuse.

Le 5e chapitre est consacré au traitement des *anévrismes artériels*, et passe successivement en revue la compression indirecte, la ligature, l'incision, l'extirpation, l'anévrismorraphie ou opération de Matas avec ses 3 procédés, l'extirpation avec rétablissement de la continuité de l'artère, etc. Il se termine par une revue succincte de l'application aux cas particuliers des divers procédés de traitement actuellement en usage.

Enfin, dans un 6e et dernier chapitre, sont étudiés les *anévrismes artério-veineux*, étudiés eux aussi d'abord en général, ensuite en particulier. Les rapporteurs mettent en lumière, d'après Von Oppel, l'importance de l'extirpation pour la cure de l'anévrisme artéro-veineux. Ils signalent ensuite les résultats relativement encourageants donnés par les opérations récemment tentées et qui ont pour but de conserver ou de rétablir après guérison de la lésion la perméabilité des vaisseaux atteints.

Discussion.

M. Forgue (Montpellier) conclut d'expériences personnelles que le plus important des facteurs de l'oblitération artérielle est, non le caillot lui-même mais le processus de réunion par première intention des parois artérielles. D'où la possibilité de suturer les parois artérielles sans qu'il y ait formation de caillot.

Il a traité avec succès par la ligature 4 cas d'anévrismes et croit que ce procédé de traitement mérite encore d'être parfois employé, malgré qu'il reconnaisse toute la valeur de l'extirpation.

M. Villar (de Bordeaux) a eu l'occasion d'opérer un anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte. Il plaça une ligature au catgut sur le pédicule comme l'avait une fois fait M. Tuffier. Mais le 4e jour, le fil lâcha et le malade mourut. Dans un cas d'anévrisme poplité il se vit contraint de réséquer la veine poplitée adhérente au sac. Mais il put reconstituer ce vaisseau par suture circulaire des deux bouts et le malade guérit. Il n'a pas l'expérience de la suture artérielle chez l'homme. Il l'a tentée chez le chien mais dans de mauvaises conditions et par suite avec peu de succès. Ch. Le Braz.

Faculté de médecine de Paris.

Cours de thérapeutique (Professeur : M. Gilbert). — M. le professeur Gilbert commencera le Cours de Thérapeutique le *samedi* 6 *novembre* 1909, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Programme du cours. — L'art de formuler et de rédiger une ordonnance. Les médicaments organiques : médicaments d'origine végétale, animale et bactérienne, médicaments synthétiques.

Conférences de thérapeutique. — M. Paul Carnot, agrégé, commencera ces conféreences le *lundi* 8 *novembre* 1909, à 5 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : 1° Chimiothérapie minérale (15 leçons), du 8 novembre au 10 décembre ; 2° Crénothérapie (eaux minérales) ; Thalassothérapie ; Climatothérapie (8 leçons), du 13 décembre au 12 janvier) : 3° Physiothérapie (6 leçons, du 14 au 26 janvier ; 4° Régimes alimentaires (6 leçons), du 28 janvier au 9 février ; 5° Récapitulation générale du Cours et des Conférences par médications. (Les auditeurs devront rédiger une série d'ordonnances qui seront corrigées et argumentées à la leçon suivante).

Les conférences de thérapeutique complètent le cours du professeur Gilbert, en sorte que l'enseignement de la thérapeutique sera terminé en quatre mois.

Le laboratoire d'enseignement est ouvert aux étudiants les lundis et vendredis de 2 h. 3/4 à 4 h. 3/4.

Pathologie chirurgicale (Professeur : M. Lannelongue). — M. Morestin, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie chirurgicale le *mercredi* 3 *novembre* 1909, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies chirurgicales les plus communes des principaux tissus, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des os et des articulations. Maladies de l'appareil génital de la femme.

Clinique thérapeutique. (Fondation de M. le Duc de Loubat Professeur : M. Albert Robin.). — M. le professeur Albert Robin commencera son cours de Clinique thérapeutique le *jeudi* 11 *novembre* 1909, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure (à l'hôpital Beaujon).

Obstétrique. — M. Cyrille Jeannin, agrégé, commencera des conférences d'obstétrique le *vendredi* 5 *novembre* 1909, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique ophtalmologique. (Professeur : M. F. De Lapersonne). — M. le professeur F. De Lapersonne, commencera son cours de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu le *mercredi* 3 *novembre* 1909. Il fera sa première leçon à l'amphithéâtre Dupuytren, le vendredi 12 novembre à 10 heures.

Ordre du service : Lundi, à 9 heures : policlinique (salle de consultation) ; Mardi, à 9 heures : opérations, visites dans les salles ; Mercredi, à 10 heures : examens ophtalmoscopiques ; Jeudi, à 6 heures : opérations. Visite dans les salles ; Vendredi, à 10 heures : Leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren) ; Samedi, à 9 heures : Laboratoire. Tous les matins, à 9 heures : consultation externe.

Anatomie. (Professeur : M. A. Nicolas.) — M. le professeur A. Nicolas commencera le Cours d'anatomie le *samedi* 6 *novembre* 1909, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Objet du cours : Système nerveux.

Clinique chirurgicale infantile. (Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Kirmisson.) — M. le professeur Kirmisson commencera son cours de Clinique chirurgicale infantile, le *vendredi* 5 *novembre* 1909, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis, suivants à la même heure à l'hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres).

Mardi et vendredi, à 10 heures : Leçons du professeur.

Jeudi, de 10 heures à midi : Consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

M. Gasne, chef de clinique, fera des conférences complémentaires sur la chirurgie infantile.

La date de ces conférences sera fixée ultérieurement.

Assistance publique de Paris.

Concours de l'Externat. — Anatomie. — *Mercredi* 6 *octobre.* Question posée : *Muscles fessiers.* MM. Chenet 14, Combes 1/2, Brot 10, Delamare 16, Chaperon 14, Brunon 15, Capdevila 14, Brunot 14, Couvreux 20, Dantrelle 15, Delort 12, Champavère 4, Bruant 4, Chéron (L. C. D. A.) 13, Chéron (L. H. M.) 6, Chapelain 9, Chaffaut 12, Dalbanne 7, Mlle Denis 14, Dohen 12.

Excusés : MM. Echavarria, Huson, Hartglass.

Jeudi 7 octobre. Question posée : *Rapports des reins.* — MM. Chatenaud 13, Broussin (Pierre) 10, Chevallier 10, Mlle Chneerson 15, MM. Combourieu 1/2, Constantin 12, Dax 17, David 9, Dauvert 10, Chevalley 5, Chick 10, Chataignon 9, Cléret 13, Cluzel, 10, Didier (Ray.) 5, Chanut 5, Charbonnier 13, Chavasse-Fritaz 14, Mlle Chauvet 16.

Excusé : M. Imbert.

Vendredi 8 octobre. Question posée : *Péricarde.* — MM. Caillet 9, Casarès 15, Crétin 14, Coudert 13, Dellac 10, Détourbe 18, Chevalérias 13, Carpanetti 17, Cavailles 19, Dardanne 12, Delhoume 11.

Excusés : MM. Courbe, Coutisson, Chevallereau, Delpy.

Pathologie. — *Mercredi 6 octobre.* Question posée : *Examen général et local d'un tuberculeux pulmonaire à la période cavitaire.* — MM. Morin (Paul) 12, Pichon 16, Monnot (Paul) 16, Persillard 12, Mollet 12, Mladenoff 15, Plichet 13, Pesnel 8, Verdenal 18, Richoux 11, Rivet 11, Roberti 9, Rey 8, Resmond 12, Sasportès 11, Renardier 13, Renard 12.

Jeudi 7 octobre. Question posée : *Accidents de la chloroformisation, leurs causes, leur traitement.* — MM. Vautier 5, Schoun 8, Scheikevitch 15, Schlemmer 16, Mlle Schmerling 12, M. Valleton 5, Schulmann 17, Mlle Salmet 13, Salomon 14, Valiadis (Nestor) 5, Robinson 14, Salmont 10, Robillot 7, Salles 12, Réglade 12, Mlle Tasserie 14.

Excusés : MM. Savidan, Vautrain, Stavropoulo, Vernon, Stheme de Jubécourt.

Samedi 9 octobre. Question posée : *Hernie inguinale étranglée chez l'homme ; signes et diagnostic.* — MM. Tarrius 11, Texier 12, MMlles Romme 17, Rosenblum 11, MM. de Rymon 5, Schwartz 10, Thévenard 10, Tiphine 15, Récamier 16, Tassigny 13, Tribout 13, Raphael 12, Valiadis (Jean), 10, Tourneix, Roustan 13, Royer 10, Roussillon 13, Vacher 7, Ulmann 11, Triollet 11.

Excusé : KM. Salis.

Mardi 12 octobre. Question posée : *Signes et diagnostie de l'appendicite aiguë.* — MM. Toupet 14, Sébald 14, Simon 13, Rabreau 18, Rameau 7, Rabeau 16, Simard 15, Silvestre 13, Rocher 1, Rousse 11, Taphanel 8, St-Yves Ménard 14, Toupance 14, Toulouse 14, Tortat 10, Solal 16, Sibot 10, Sfez 14, Senèque 15, Milles Sériot 8, Sempé 11.

Excusés : MM. Séménoff, Tournadour d'Albay, Vauzanges et Suarez de Mendoza.

Concours du Prix Fillioux. — 2 candidats inscrits : MM. Combier et Péroni.

Composition provisoire du Jury : MM. Bourgeois, Lombard, Sébileau, Belin et Potherat.

TRAVAUX ORIGINAUX

Dilatation pupillaire ou mydriase ;

Par M. POULARD
Ophtalmologiste des Hôpitaux

L'iris possède deux sortes de fibres motrices. Les unes forment un anneau qui suit le bord libre de l'iris, une sorte de sphincter, qui par sa contration resserre la pupille (constricteur de la pupille) (fig 1 et fig 2., C) ; les autres, radiées, vont du bord libre au bord adhérent de l'iris ; en se centractant, elles dilatent la pupille (dilatateur de la pupille) (fig. 1 et fig. 2 D). Le constricteur de la pupille est sous la dépendance du M. O. C ; le dilatateur obéit au grand sympathique.

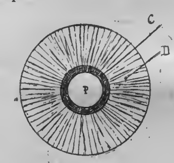


Fig. 1.— Schéma de l'iris vu de face. P, pupille C, constricteur formant un anneau musculaire qui borde la pupille. D, dilatateur formé par les fibres radiées allant du bord libre (bord pupillaire) au bord adhérent de l'iris.

Il est dès lors aisé de comprendre qu'une dilatation pupillaire peut résulter soit d'une paralysie du constricteur (M. O. C.), soit d'une excitation du dilatateur (grand sympathique).

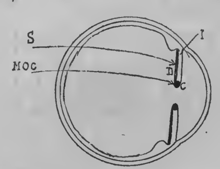


Fig 2.— Coupe schématique du globe oculaire et de l'iris. I, iris. C, constricteur. D, dilatateur. S fibres venant du sympathique au dilatateur. M.O.C. fibres venant du moteur oculaire commun au constricteur. Paralysie du M.O.C. = mydriase paralytique Excitation de S = mydriase spasmodique.

Mais comment distinguer la mydriase paralytique de la mydriase spasmodique. Très facile : dans la mydriase paralytique le réflexe pupillaire de contraction à la lumière est aboli ; dans la mydriase spasmodique, il persiste.

Voyons maintenant dans quelles circonstances on rencontre la mydriase.

L'âge, qui agit sur l'accommodation, n'a aucune influence sur les mouvements pupillaires, la mydriase est toujours le reflet d'un état pathologique.

Affections du globe. — *Le glaucome*, certains *traumatismes* graves du globe oculaire, la *cécité binoculaire*, peuvent donner une dilatation pupillaire, dont les causes sont faciles à reconnaître. Il suffit d'y penser, de regarder l'œil ou d'interroger le malade sur l'état de sa vision

Certaines substances médicamenteuses, comme l'atropine, l'homatropine, la duboisine, la daturine, l'hyosciamine, la scopolamine, donnent une mydriase paralytique. La cocaïne donne une mydriase spasmodique.

Le chloroforme, au début de son action, donne une mydriase spasmodique avec conservation des réflexes ; plus tard, la pupille se resserre en myosis paralytique (sympathique) ; en cas d'accident, si la mort est menaçante, la pupille se dilate ; mais c'est en ce cas une mydriase paralytique (M. O. C.) sans réaction pupillaire.

Certaines infections générales et intoxications.— La diphtérie touche en général l'accommodation sans atteindre la pupille.

La syphilis est une cause très fréquente de mydriase paralytique. Elle peut être isolée, ou s'accompagner de paralysie de l'accommodation ou des muscles oculomoteurs. Certaines intoxications alimentaires (botulisme) donnent des dilatations paralytiques de la pupille.

Affections du système nerveux. — *L'excitation du sympathique cervical* (compression) donne une dilatation pupillaire spasmodique, souvent accompagnée d'autres symptômes d'irritation sympathique : élargissement de la fente palpébrale, exophtalmie, pâleur et refroidissement de la moitié correspondante de la face.

La *paralysie du M. O. C.* donne au contraire une dilatation pupillaire paralytique.

Beaucoup de maladies *nerveuses sytématisées* et particulièrement celles qui relèvent de la syphilis, comme le *tabes* et la *paralysie générale*, s'accompagnent souvent de mydriase paralytique.

Au début ou au cours des *méningites*, des *abcès du cerveau*, des *tumeurs cérébrales*, on peut observer une mydriase unilatérale ou inégale qui constitue toujours, lorsqu'elle existe un symptome de la plus haute importance.

Enfin on peut rencontrer encore des mydriases spasmodiques bilatérales dans un grand nombre *d'autres circonstances*, dans les névroses, l'hystérie, l'épilepsie ; dans certaines maladies mentales, aux périodes d'excitation ; dans l'urémie convulsive, les coliques saturnines, les accès de dyspnée, les vomissements violents ; dans les névralgies de la tête, dans la forme spastique de l'hémicrânie ; dans l'excitation pathologique ou expérimentale des nerfs sensitifs périphériques.

En pratique, retenez les règles suivantes :

La mydriase paralytique est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus importante au point de vue séméiologique que la mydriase spasmodique. C'est elle que vous rencontrerez presque toujours.

Une mydriase paralytique (qui n'est point due à une affection du globe ou à l'instillation d'un mydriatique), même si elle apparaît seule, dénote d'une manière précise, indiscutable, qu'il y a atteinte sérieuse du système nerveux.

En présence d'une mydriase paralytique, recherchez l'existence d'une affection nerveuse organique. Dans la plupart des cas, vous trouverez le tabès ou la paralysie générale, souvent une lésion de l'encéphale, tumeur ou méningite.

Si vous ne trouvez aucune affection nerveuse systématisée, rappelez-vous que la syphilis produit souvent la mydriase très près de son début, sans qu'il existe encore aucun autre trouble nerveux concomitant. Neuf fois sur dix, la mydriase paralytique est le fait de la syphilis ou d'affections nerveuses, comme le tabès ou la paralysie générale, qui résultent elles-mêmes de l'infection syphilitique.

Quatorze ans de la « Goutte de lait » à Fécamp ;

Par le Dr Léon DUFOUR

1894-1907

Créée, à Fécamp, en 1894, la « Goutte de lait » compte actuellement assez d'années d'exercice pour que l'on soit en droit de jeter un regard rétrospectif sur le chemin qu'elle a parcouru depuis sa genèse.

L'œuvre ne se trouve pas noyée, au sein d'une population de 17,000 habitants, ainsi que dans les grandes villes pourvues d'institutions semblables, elle doit donc, de meilleure heure que ces dernières, pouvoir déceler si son influence a été nulle, bonne ou mauvaise.

Les documents sur lesquels va s'appuyer cette démonstration émanent, d'une part : des registres officiels de l'état civil, de l'autre : des notes de la Goutte de lait. Ils serviront à répondre aux propositions suivantes :

1° La mortalité d'un jour à un an a-t-elle diminué, à Fécamp, depuis 1894, par comparaison avec une période antérieure de durée équivalente ?

2° Le taux baissant de la mortalité des nouveau-nés a-t-il eu une répercussion heureuse sur les décès généraux, à tous âges ?

3° Le bénéfice acquis par la diminution des décès infantiles a-t-il influé sur l'augment de la population ?

4° Enfin, quelle paraît avoir été la part d'action de la Goutte de lait dans cette évolution démographique ?

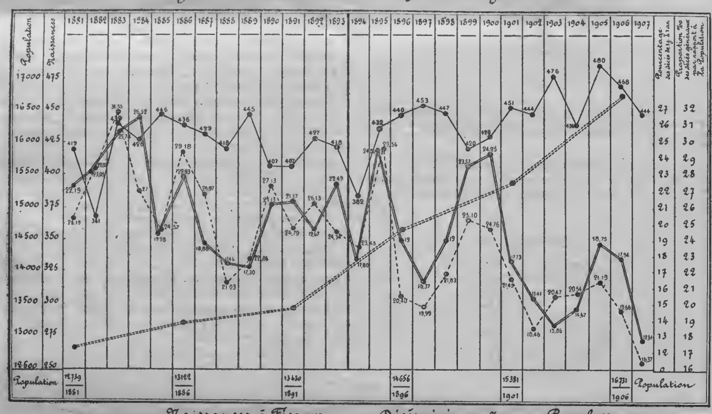
Avant 1789, la population de Fécamp s'accroissait fort lentement, car elle n'était guère composée que de personnes plus ou moins sédentaires et tributaires de l'Abbaye fondée par les Ducs de Normandie. Après la disparition du Cloître, un mouvement commercial et maritime intense se produisit dans la cité, il y eut une plus grande tendance à la stabilisation des habitants, à tel titre que, de 7000 qu'ils étaient à la fin du XVIIIe siècle, leur taux actuel dépasse le chiffre de 17.000 (1909).

En 1812, on comptait déjà 7937 âmes : 66 mariages. 263 naissances, 175 décès et 88 excédents de naissances.

En 1907, l'état civil déclare : 16.731 habitants (recensement de 1906), avec 111 mariages, 444 naissances, 274 décès et 170 excédents de naissances.

Cette évolution majorative s'est accomplie progressivement, jusqu'au recensement de 1892, époque à partir de laquelle la courbe ascendante s'est brusquement et fortement accentuée.

Pour grande que fût la natalité à Fécamp, la mortalité



infantile y était autrefois très élevée : de 1881 à 1894, cette dernière oscillait entre 26,52 et 17,30 % des naissances de l'année.

Pendant la période 1881-1894, on peut déjà noter (*graphique n° 1*) une tendance réelle à la baisse dans la mortalité infantile. C'est qu'en effet, des efforts sérieux avaient été tentés, dès cette époque, en vue d'enrayer les hécatombes du passé. Mais les mesures prises ne pouvant se réclamer que de conseils donnés de-ci, de-là et de prêts gratuits d'appareils à stériliser le lait, la moisson se montrait plutôt précaire.

C'est alors que, dans l'espoir d'exercer une action vraiment efficace, la Goutte de lait fut créée.

A partir de cette époque, nous voyons bien encore surgir trois sommets élevés, en 1895, 1899 et 1900 ; mais ces années sont légendaires dans les annales de la pédiâtrie, de

par le sombre obituaire qui les signale dans toute la France.

Si nous faisons abstraction de ces trois annuités, nous voyons qu'à partir de 1901, les décès d'enfants ne dépassent plus 19 % et finissent même par tomber, graduellement, à 12,61 (moyenne actuelle de la France : 16 % des naissances).

En prenant les chiffres de mortalité de 5 en 5 ans, voici ce qu'on observe :

Avant la Goutte de lait :

1881 : 22.19 % — 1886 : 22.93 % — 1891 : 21.37 %

Après la Goutte de lait :

1896 : 19 % — 1901 : 17.73 % — 1906 : 17.94 % — 1907 : 12.61 %

Pendant que se produisait cette baisse de la mortalité infantile, le taux de la population, qui était passé de 12.739 1881) à 13.440 (1891), s'accroissait, par suite, de 14.656 (1896) à 16.731 (1908).

L'augment moyen annuel se chiffrait, avant la Goutte de lait, par 69 unités ; après la goutte de lait, il est de 88 unités.

La mortalité infantile et la tuberculose étant, à Fécamp, les fautrices principales des décès généraux, à tous âges, il était à présumer que la première venant à diminuer, ces derniers devraient s'en trouver d'autant influencés. C'est, en effet, ce qui s'est produit ; les deux courbes : décès infantiles et à tous âge, vont baissant, d'une façon adéquate, jusqu'à tomber, en 1907, à 16,37 (moyenne des décès généraux, pour la France : 20 p. mille habitants).

La ligne des naissances, souvent enchevêtrée dans celle des décès, au cours de la première période (1881-1894), se sépare de ceux-ci de la façon la plus nette dans la seconde (1894-1907). Naissances et population vont sans cesse en divergeant vers le haut, alors que les autres s'infléchissent vers le bas. Il s'établit ainsi, entre elles, un écart de plus en plus grand, qui se traduit, sur la feuille, par des espaces blancs, lesquels soulignent le bénéfice des existences conservées sur les décès (*Tableau n° 1*).

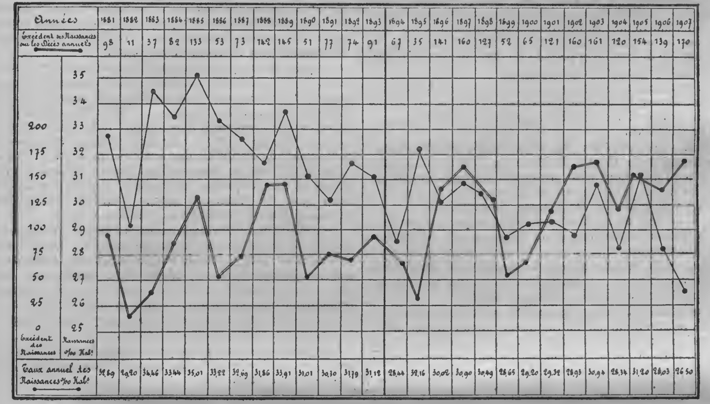
On ne peut attribuer le relèvement, si nettement accentué depuis 1894, de la ligne de population comparativement au passé, à l'appoint plus considérable des étrangers attirés par la prospérité commerciale du pays, car les mouvements d'immigration et d'émigration sont, ici, en balance parfaite.

On ne peut davantage invoquer la progression de la natalité suivant un taux proportionnel à l'augment des habitants, en effet, celle-ci continue bien à se maintenir sur un pied élevé, à Fécamp (26 p. mille) par rapport au reste de la France (19 p. mille), mais, elle tend, comme partout, à fléchir, puisqu'autrefois, elle atteignait, dans certaines années, jusqu'à 36 p. mille, (*voir graphique n° 2*).

VILLE DE FÉCAMP

COMPARAISON DE LA PLUS-VALUE DES NAISSANCES SUR LES DÉCÈS
avec le Taux des Naissances ‰ Habitants

Avant la "Goutte de Lait" — Après la "Goutte de Lait"



La cause principale de l'augment provient du gain toujours croissant des naissances sur les décès. Le graphique n° 2, déjà très probant, le devient davantage lorsqu'on jette les yeux sur les tableaux suivants, qui établissent l'évolution de la natalité et des excédents de naissances de 5 en 5 ans.

Avant la Goutte de lait.

	1881	1886	1891
Taux des naissances par 1000 habitants.	32.89	33.22	30.30
Excédents des naissances sur les décès..	98	53	77

Après la Goutte de lait.

	1896	1901	1903	1907
Taux des naissances par 1000 habitants.............	30.02	29.32	28.03	26.50
Excédent des naissances sur les décès..............	141	121	13.9	170

Nous remarquons qu'avant la Goutte de lait, la moyenne des excédents annuels des naissances était de 88, tandis qu'après sa création, cette moyenne s'est élevée à 114, bien que la natalité diminuât tous les ans. Actuellement, la population dépasse le taux de 17.000 ; or, si l'on prend le chiffre des excédents de naissances des années 1906 et 1907 (139 et 170) (*V. Tableau n° 2*) et qu'on les additionne avec ceux du recensement de 1906 (16.731) on trouve la preuve que le bénéfice acquis est bien dû à l'excédent des naissances sur les décès.

Pendant que se produisait cette heureuse évolution démographique, dont la cause paraît bien coïncider avec l'établissement de la Goutte de lait, voyons quels voies et moyens cette institution a mis en œuvre pour arriver à ce résultat. Créée en vue de lutter contre l'excessive mortalité infantile, elle l'a fait :

En donnant des conseils aux mères et en les encourageant, par tous les moyens dont elle dispose, à donner le sein à leur progéniture.

Elle fournit du bon lait, convenablement préparé, lorsque la sécrétion lactée se montre insuffisante ou nulle.

La Goutte de lait veut conserver, avant tout, l'enfant au foyer familial et le tenir sous sa surveillance aussi étroite et constante que possible, grâce à sa consultation quotidienne. Depuis sa création, 1211 enfants d'un jour à un an lui ont été confiés, plus de 300.000 litres de lait leur ont été distribués et près de 60.000 consultations gratuites ont été données à leurs mères.

Les nourrissons proviennent, pour la plupart, des milieux miséreux de la ville, dans lesquels l'élevage artificiel est particulièrement difficile à établir et où il cause le plus de désastres.

Avant que de pénétrer plus avant dans l'étude du fonctionnement de la Goutte de lait, nous tenons à signaler que dès qu'un enfant y est présenté, dans quel qu'état de santé qu'il soit, il est inscrit sur les registres de l'œuvre ; on n'en refuse jamais. On accepte, désormais, les risques de la bonne ou de la mauvaise fortune que comportera son évolution ultérieure, sans faire aucune restriction dans les statistiques.

Qu'on sache également que les graphiques du tableau n° 3 ne visent que les enfants d'un jour à un an, élevés à l'alimentation artificielle, mixte ou totale.

La mortalité étant presque nulle chez ceux qui sont allaités entièrement par leurs mères, celles-ci ne les amènent guère que de loin en loin, afin de constater leurs progrès, mais et plutôt pour satisfaire leur curiosité ; elles figurent dans le mouvement de la consultation pour un tiers environ.

Tant que la mère donne complètement le sein, nous nous efforçons, lors de ses venues à la Goutte de lait, de l'encourager à persister dans ce mode d'élevage dont nous proclamons, devant les mères réunies, la grande supériorité et dont nous faisons ressortir tous les avantages.

Mais, lorsque le lait vient à diminuer, nous redoublons de sollicitude, nous ne perdons plus la mère de vue et l'incitons à venir chaque semaine, ou plus souvent, si besoin est, apporter son enfant à la consultation. Nous épions jusqu'à la fin les dernières manifestations de ses glandes mammaires. Entre temps, nous complétons la ration de l'enfant par une distribution de lait préparé à l'Œuvre.

Nous avons la ferme conviction que la meilleure manière de provoquer le retour à l'allaitement maternel est de favoriser, le plus possible, l'allaitement mixte. Trop souvent, dès qu'elle constate un fléchissement dans la courbe d'évolution de son enfant, la mère procède brusquement au sevrage et recourt à l'alimentation artificielle. C'est ainsi que, parmi les mères qui nous ont apporté leurs enfants, il en est un bon nombre chez lesquelles le sevrage était un fait accompli et que nous avons pu amener, parfois après plusieurs semaines, à redonner le sein, tout au moins partiellement. Quelques-unes même ont pu, par la suite, ne donner rien que leur lait à leur enfant.

Primitivement, la Goutte de lait n'était destinée qu'aux seuls enfants indigents, mais, au bout de 3 ans, les résultats obtenus frappèrent tellement les mères des classes ouvrière aisée et riche de la ville, qu'elles demandèrent à bénéficier des avantages offerts pour la nouvelle institution.

C'est ainsi que fut établie une sorte de société de secours mutuels entre nourrissons, les riches payant pour les pauvres. Tous reçoivent le même lait, préparé de la même manière et distribué dans un matériel semblable.

En venant, chaque semaine, aux consultations, les mères des différentes classes déshabillent leurs enfants en commun ; chacune porte, à son tour, son bébé à la balance, il n'y a pas de distinction de rangs sociaux. On peut, dès lors, prévoir quel enseignement mutuel découle de cette présence simultanée de femmes venues de milieux si divers ; l'émulation ne tarde pas à naître au cœur même des plus indifférentes, la coquetterie pour le bébé, l'amour-propre de la mère, finissent par s'éveiller et les soins en deviennent plus efficaces et meilleurs.

Ce qui contribue puissamment à développer ces sentiments, c'est qu'un beau mouvement d'altruisme est né de ce conflit des classes à la consultation de nourrissons. Des mères riches, prises de compassion pour les petits enfants pauvres dévêtus près du leur, en ont fait, qui, une sœur, qui, un frère de lait pour leur propre bébé. Elles le secourent, vont au domicile des parents, prodiguent à tous conseils et dons de choses utiles. Nous citerions nombre de ces mères, lesquelles continuent, depuis dix ans, ce beau geste de fraternité sociale dont l'action féconde est moralisante et salutaire au possible.

Le cabinet du médecin est contigu à la salle de déshabillage, les conseils donnés à chaque mère de famille sont entendus de toutes. Peu de réprimandes sont adressées à celles qui sont en défaut ; mieux vaut exalter, chez une autre femme qui le mérite, les qualités qu'on voudrait rencontrer chez sa voisine. L'effet est plus certain et on évite ainsi les froissements d'amour-propre qui éloignent à tout jamais celles qui les ont subis.

L'application de ces principes a donné les résultats suivants, au point de vue de la mortalité comparative, à la Goutte de lait et en ville :

1894-1907

	A la Goutte de lait.	*En ville.* Défalcation faite des enfants de la Goutte de lait.	
Mortalité	Résultats		
Par entérite.........	3.30 %	8.15 %	des naissances.
Par toutes causes autr.	10.40	10.65	—
Les deux réunies....	13.70	18.80	—

L'action de la Goutte de lait ne pouvant avoir qu'une bien faible répercussion sur la défectuosité de l'habitat des malheureux, lesquels constituent la majorité de sa clientèle, la rubrique : « Toutes causes autres » ne se trouve guère influencée par l'Œuvre et le taux de la mortalité, de ce chef, y est sensiblement le même qu'en ville (*Tableau n° 3*).

Si nous comparons les décès survenus dans chacune des sections, nous trouvons :

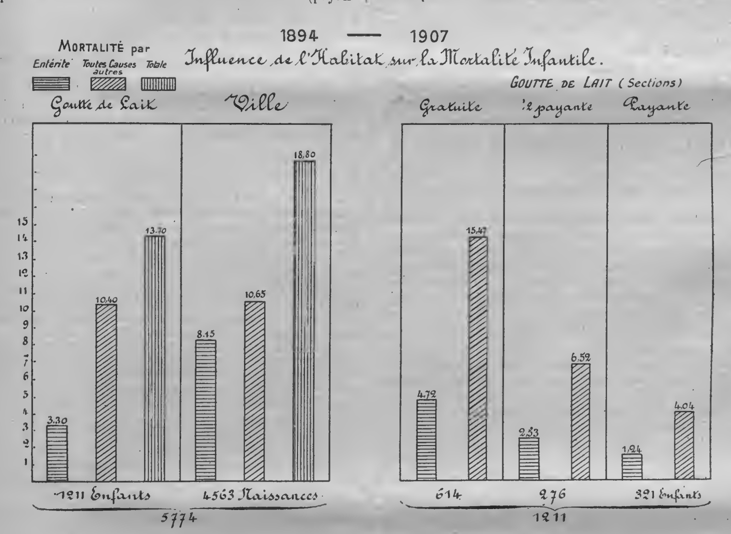
1894-1907

	SECTIONS		
	GRATUITE Indigents	1/2 PAYANTE ouvrriers aisés	PAYANTE Riches
Entérite	4.72 %	2.53 %	1.24 %
Toutes autres causes	15.47	6.52	4 06

En observant de tels chiffres et en examinant le graphique n° 3, on est vivement impressionné et frappé de l'action néfaste des logis encombrés, mal ensoleillés où vivent les malheureux. Cela ressort encore mieux quand on établit un terme de comparaison avec ce qui se passe dans la 2e section (1/2 payante). Pourtant, celle-ci est encore composée d'ouvriers, mais ils sont mieux logés, plus soucieux de la propreté et de l'hygiène, en général. Que dire, après examen de l'évolution de la 3e section ? (payan-

On voit, à la Goutte de lait, des mères qui, depuis quinze ans nous amènent, d'année en année, leurs enfants à surveiller, soit qu'ils prennent le sein, ou l'allaitement mixte ou entièrement artificiel. Ces femmes sont nos meilleures propagandistes et monitrices : elles ne se font pas faute de signaler aux nouvelles venues que lorsque les mères sont dociles, bien observatrices des conseils qui leur sont donnés, il ne se produit que peu ou prou de dommages, mais, lorsqu'elles sont indociles ou se laissent influencer par de fâcheux avis, il se produit des désastres.

En faisant ressortir de tels résultats, il est bien évident que nous n'avons pas la moindre intention de nous en prévaloir pour inciter les mères à abandonner le sein. Nous l'avons déclaré, dès la première heure, nous ne cessons de le répéter, de l'écrire sur les murs de la Goutte de lait,



te.) Aussi ne cesse-t-on de répéter, à la Goutte de lait, que l'air pur et le logis propre et sain ne sont pas moins indispensables à la bonne venue des petits enfants que le lait qu'on leur donne.

Et, cependant, cela ne suffirait pas encore au bien de la cause que défend la Goutte de lait ; il faut de plus que les mères soient pourvues de saines notions touchant l'élevage des enfants.

Trop peu d'entre elles, et cela dans toutes les classes de la société, sont suffisamment averties à ce sujet. Il est urgent qu'à l'école primaire, secondaire, normale, dans les cours post-scolaires, partout enfin où faire se peut, on se préoccupe moins de faire connaître aux jeunes filles la physique et la chimie, que de leur enseigner l'économie domestique et la manière d'élever les enfants.

voire même sur les biberons : notre lait ne doit être utilisé que « *faute de mieux* ». Par l'image, la parole et tous les moyens possibles, nous rappelons aux femmes qui viennent à nous : *Qu'une mère ne doit jamais pouvoir se reprocher de ne pas avoir tout fait pour allaiter son enfant.*

Mais, pourtant, quand elles ne le peuvent pas, quand, pour des raisons sociales, morales, ou physiques, quand plus ou moins tôt, la sécrétion lactée diminue et se tarit, force est bien de recourir à une autre alimentation de suppléance.

Telle est la tâche que s'est imposée la Goutte de lait, afin de parer aux désastres de l'élevage artificiel. Nous souhaitons ardemment de voir se multiplier les consultations de nourrissons, mais, à la condition que leur ac-

tion soit renforcée par celle de la Goutte de lait. Ces deux œuvres ne sont pas rivales, mais bien complémentaires l'une de l'autre, elles ne peuvent rendre de réels services qu'en étant étroitement unies l'une à l'autre. La première constitue une excellente école d'enseignement pour les mères, la seconde assure aux enfants un lait aussi irréprochable que possible, aux points de vue de la captation, du contrôle, de la préparation et de la distribution. Elle offre aussi, aux familles une sécurité que ne saurait leur donner aucun des moyens actuels de préparation domestique.

Puisse ce qui précède convaincre le lecteur de l'utilité et de l'efficacité d'action de la Goutte de lait ; puisse cette conviction l'inciter à contribuer à la diffusion d'institutions semblables et à la réalisation des desiderata formulés plus haut : éducation des futures mères de famille, distribution, à profusion, d'air, de soleil, dans de plus vastes logis.

Lorsque de telles mesures auront été prises, nous ne craignons pas de prédire que le mouvement si troublant de dépopulation dont nous sommes menacés de subir les graves conséquences, sera puissamment enrayé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un scandale médical

En parlant dans un de nos précédents bulletins des risques professionnels, j'oubliais le plus terrible pour un brave homme, celui de perdre à tout jamais honneur et considération ; et l'histoire, que nous venons de lire sur les journaux, d'un confrère parisien accusé d'avoir abusé d'une jeune fille, à l'aide de passes savantes ou de chloroforme, me remet en mémoire un drame qui tourna rapidement au comique ; et si je le conte, c'est pour nous mettre en garde une fois de plus contre ces traquenards, que de terribles hystériques n'hésitent pas à nous dresser.

Il y a 2 ou 3 ans, un de mes clients, homme fort honorable, vint, tout bouleversé, me narrer l'histoire suivante : un confrère du quartier avait lâchement abusé de Mme X, dans des circonstances véritablement odieuses. Sous prétexte de la guérir d'une déviation de la matrice, que lui avait occasionnée un mari trop impétueux, notre confrère, appliquant le vieil adage, *similia similibus*, lui pratiquait tous les deux jours des injections lénifiantes, avec toute la douceur voulue et l'instrument naturel que ses aïeux lui avaient transmis. Grâce à ces pratiques, la rétroversion avait disparu ; mais la dame se trouvait enceinte, tout en ayant cessé les rapports conjugaux à cause de leurs violences. Je calmai mon client ; mais devant mon incrédulité, il m'offrit de m'amener Mme X, qui me confirmerait son récit de point en point. A cause du scandale et du chantage qui menaçaient notre confrère, j'acceptai. Mme X. vint seule. Sa vue me rassura : la maturité se lisait sur son visage ; des formes exagérément rebondies, une vague couperose aux joues, un léger duvet au menton, tout cela ne devait pas être bien tentant pour le confrère. La dame me conta les faits ; mais devant mon silence peu encourageant, elle eut quelques contradictions ; je n'eus plus de doutes sur la fausseté de son récit, et sans lui permettre de se reprendre, je lui dis : « Madame, votre histoire n'est qu'un tissu de mensonges ». Et devant un mouvement de protestation vite réprimé, j'ajoutai : « D'ailleurs mon confrère, tout le monde le sait, par suite d'une crise de diabète, est actuellement dans l'impossibilité d'accomplir toutes les prouesses que vous lui accordez ». Je pris aussitôt congé de la dame, la menaçant de poursuites judiciaires, si par hasard la fable arrivait aux oreilles de sa victime.

J'appris plus tard que cette hystérique du mensonge s'était enfuie, à la grande satisfaction de son époux, je suppose, avec un vague comparse et quelque argent. Mon confrère me pardonna de l'avoir traité de frigide, et tout le monde fut heureux, hormis mon client, celui qui me conta le scandale le premier. Aussi ne l'ai-je plus revu.

F. R.

A propos du dernier Bulletin sur " l'Anonymat et le concours de médecin des hôpitaux. "

Le *Progrès médical* a reçu la lettre suivante qu'il s'empresse d'insérer.

Le 18 octobre 1909,

Mis en cause par mon ami Milian dans le Bulletin du dernier numéro du *Progrès médical*, je vous serai obligé de publier, en même place, ces quelques lignes, où je désire non pas défendre le Rapport auquel il est fait allusion, — ce n'est pas ici le lieu, mais éclairer vos lecteurs sur une *question de fait*, qu'une erreur involontaire de mon excellent collègue a quelque peu dénaturée.

Ce n'est pas en effet la paix des vacances qui a amolli la volonté de la commission dont je suis rapporteur ; ce n'est pas dans la sereine atmosphère de Bruges-la-Morte que se sont fondues les idées qui ont présidé à la rédaction de mon Rapport : bien avant, nos délibérations étaient closes et mon rapport imprimé. La vérité est plus simple.

La Société médicale des Hôpitaux avait bien désigné une commission dans le but d'étudier les moyens de mettre en pratique l'anonymat des épreuves et la multiplicité des jurys. Dans une séance ultérieure, un projet fut apporté à la Société, qui le rejeta : *après examen*, il parut à la majorité de la Société que ce projet n'était pas viable, et que le système de concours proposé n'était pas acceptable. C'est alors qu'une nouvelle commission fut nommée, avec le mandat d'élaborer un régime *d'où seraient exclus les principes qui avaient guidé les études de la première*, et qui reproduirait, au moins dans ses grandes lignes, le régime ancien.

Evidemment, Milian a ignoré ou oublié cette séance ; mais il n'aurait pas, — très amicalement d'ailleurs, — accusé mon rapport de trahir la pensée de la Société ; j'y ai au contraire fidèlement rassemblé des objections graves et nombreuses qui ont fait condamner *par la Société* l'anonymat des épreuves et la multiplicité des jurys, et je l'ai fait avec toute l'ardeur de ma conviction sincère. C'est un singulier travers, commun aux partisans de l'anonymat, que de prétendre avoir plus que ses adversaires le souci de la bonne renommée de notre corporation.

Veuillez agréer, etc.

Dr Léon Bernard,
Médecin des Hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Les diverses opothérapies gastriques,

Leurs indications respectives dans les principaux syndromes gastriques ;

Par P. Carnot,
Agrégé, médecin des hôpitaux.

On peut pratiquer l'opothérapie gastrique à l'aide de quatre médicaments, dont les caractéristiques et les indications sont assez différentes :

Deux de ces médicaments, représentent l'organe lui-même : ce sont la *pepsine* (qui est un extrait gastrique obtenu par auto-digestion en milieu acide), et l'*extrait gastrique* simple, qui n'est que la dessiccation pure et simple de l'organe et ne mérite pas rigoureusement le nom d'extrait.

Deux autres médicaments représentent le produit même de la sécrétion gastrique, le suc étant alors recueilli par un artifice opératoire. Ce sont le *suc gastrique actif de chien*, obtenu par le procédé de Frémont (gastérine), et le *suc gastrique inactif de porc*, obtenu par le procédé de Hepp (dyspeptine), que l'on trouve aussi dans le commerce sous forme de poudre desséchée.

Les caractéristiques de ces produits sont assez différentes et entraînent des différences d'indications cliniques.

A — Deux d'entre eux sont *directement actifs* et agissent aussi bien *in vitro* qu'*in vivo*; mis en contact, dans un ballon, avec de la viande par exemple, ils digèrent celle-ci et la peptonisent aussi bien qu'introduits avec elle dans l'estomac : ils n'ont donc pas besoin de passer par un organisme vivant pour manifester leur activité. On cherche, grâce à eux, à provoquer, dans l'estomac lui-même, la digestion pepsique et à remplacer par eux le suc gastrique naturel, absent ou insuffisant.

a) La *pepsine* est employée habituellement sous forme de médication chlorhydro-peptique, en milieu acide ; d'après le Codex de 1908, la pepsine doit digérer au moins 100 fois son poids de fibrine fraîche et 25 fois son poids de fibrine sèche (1).

b) Le *suc gastrique de chien, de Fremont* (gastérine) est obtenu par séquestration totale de l'estomac et anastomose directe de l'œsophage au duodénum : ce suc est très acide, contient de la pepsine sous une forme active et se montre, *in vitro*, capable de digestions rapides et poussées jusqu'au stade peptone.

B — Deux autres produits sont *indirectement actifs*; ils n'ont, en effet, aucun pouvoir digestif *in vitro* ; ils ne peuvent agir que par l'intermédiaire d'un organisme qui les absorbe et dont ils excitent le fonctionnement glandulaire : ce sont des médicaments indirects, des excitants de la sécrétion gastrique.

a) L'*extrait gastrique*, recueilli chez l'animal à jeun, ne digère pas, même en milieu acide ; il contient de la propepsine et non de la pepsine élaborée ; mais il contient, probablement aussi, bien d'autres substances actuellement mal définies et qui ont, comme la plupart des produits opothérapiques, une action excitante sur l'organe similaire (Gilbert et Chassevant).

Il semble, d'après Edkins, que la partie pylorique de la muqueuse produise, sous l'influence d'un acide, une hormone particulière susceptible de faire sécréter le suc gastrique. Il semble, d'autre part, résulter des recherches histologiques de Carnot et Lelièvre, que, dans la muqueuse du fond, les cellules bordantes sont ordonnées autour des capillaires sanguins, à la façon des éléments d'une glande à sécrétion interne.

b) Le *suc gastrique de porc*, obtenu par le procédé de Hepp (dyspeptine), n'a, lui non plus, aucune action *in vitro* : il n'est pas acide, et, même acidulé, il ne digère ni la fibrine ni la viande. Il ne peut donc agir, lui aussi, que par des substances inconnues qui stimulent l'organe vivant similaire (Frouin).

Par conséquent, tandis que la pepsine ou la gastérine sont, à la fois des produits opothérapiques et des produits chimiques, réalisant aussi bien *in vitro* qu'*in vivo* une digestion complète, l'extrait gastrique et la dyspeptine sont exclusivement des produits opothérapiques, incapables de digestion par eux-mêmes et qui ne peuvent agir que par l'intermédiaire d'un estomac vivant qui, lui, est susceptible de sécréter un suc digestif actif.



Examinons les indications thérapeutiques générales qui résultent de ces caractéristiques, vis-à-vis des différents syndromes gastriques. Pour simplifier, nous n'envisagerons ici que les syndromes sécrétoires et moteurs :

A. Syndromes sécrétoires. — Les syndromes sécrétoires se distinguent essentiellement suivant qu'il s'agit de troubles par défaut ou par excès.

a) *Achylie gastrique*. — L'insuffisance sécrétoire, par défaut, est caractérisée, dans les cas les plus complets et les plus rares, par une *achylie gastrique totale* ; mais, dans la plupart des cas, il s'agit seulement d'une achylie relative ou partielle, qui mérite plutôt le nom d'*hypochylie*.

1° *Achylie anatomique totale (avec déchéance glandulaire.)* — Le degré le plus complet d'insuffisance sécrétoire est réalisé par les cas dans lesquels il y a une telle atrophie glandulaire ou une telle transformation muqueuse que l'on ne peut plus, en aucune façon, compter sur l'activité digestive, spontanée ou même provoquée, de la paroi gastrique.

Tels sont les cas de gastrite atrophique qu'on observe dans l'anémie pernicieuse, dans certains cancers étendus, dans certaines gastrites alcooliques, etc.

En pareil cas, il est inutile d'essayer les extraits gastriques ou la dyspepsine, dont l'action ne peut s'exercer que par l'intermédiaire des glandes stomacales, puisque celles-ci sont, en l'espèce, absentes.

Si donc on veut réaliser une digestion gastrique, celle-ci devra être réalisée de toutes pièces par la pepsine ou le suc gastrique introduits avec les aliments : l'estomac ne constitue plus qu'un vase à évacuation spontanée, dans lequel se font les mêmes transformations digestives que dans un ballon mis à l'étuve.

La seule médication opothérapique à réaliser est donc, en pareil cas, la *médication chlorhydro-peptique*, soit par la pepsine et une solution chlorhydrique (limonade du Codex par exemple), soit par le suc gastrique, acide et peptique, de Frémont.

La dose de pepsine doit être, naturellement, proportionnelle, en pareil cas, à la quantité d'aliments ingérés. On peut, grossièrement, l'évaluer à la 50e partie de la viande crue ingérée. La dose d'acide doit être telle que le degré d'acidité final soit de 2 p. 1000 environ. On ne devra donc pas trop diluer, par l'ingestion surabondante d'eau de boisson, ce taux d'acidité. Les aliments seront finement pulpés pour que leur attaque soit plus rapide et, partant, plus complète.

Il est bien évident que la valeur de cette digestion artificielle, quoique intragastrique, est sous la dépendance directe de l'absorption gastrique ou de la perméabilité pylorique ; en effet, il est inutile de provoquer la peptonisation et la transformation chimique des aliments s'ils ne peuvent être ultérieurement absorbés ou évacués vers une surface intestinale absorbante.

En résumé, on peut pratiquer dans l'achylie complète une digestion artificielle *in vivo*, ce qui a souvent de multiples avantages sur l'absorption d'aliments déjà digérés, de peptones en l'espèce aliments coûteux, parfois répu-

(1) P. Carnot. — Comment prescrire la pepsine en thérapeutique gastrique. *Progrès médical*, 18 septembre 1909.

gnants et qui ne semblent pas pouvoir, à eux seuls, faire les frais des dépenses organiques.

2° *Achylies fonctionnelles totales (sans déchéance glandulaïre).* — Dans certains cas, l'absence totale de sécrétion est attribuable, non à l'absence de glandes gastriques différenciées, mais à l'absence de réflexes sécrétoires : telle est l'achylie gastrique qu'on observe dans certaines lésions à distance, dans le cancer du pancréas par exemple ; telle est aussi l'achylie nerveuse qu'on observe dans certaines gastro-névroses.

En pareil cas, le suc gastrique est absent : mais, s'il n'est pas sécrété sous l'influence des aliments ingérés, il pourrait l'être, puisque les glandes sont encore en état de le faire. Parfois, en pareil cas, l'administration des hormones gastriques, qui stimulent électivement les glandes gastriques, peut-elle avoir un résultat favorable et faire sécréter la muqueuse.

On pourra donc employer les médicaments précédents (extraits ou sucs acides et peptiques) qui ont, à la fois, des propriétés digestives et opothérapiques et les médicaments purement opothérapiques (extraits ou sucs inactifs) qui n'agissent alors qu'indirectement, en excitant le fonctionnement de la muqueuse.

3° *Hypochylie.* — Beaucoup plus fréquemment que l'achylie totate, on observe l'hypochylie. Le suc gastrique est sécrété, mais de façon insuffisante :

Tantôt (et le plus souvent) l'acidité fait défaut, alors que la pepsine existe cependant : en pareil cas, il suffit d'acidifier par la limonade chlorhydrique pour restituer la fonction.

Tantôt la pepsine est, elle-même, insuffisante, comme quantité ou comme qualité. Le manque absolu de pepsine est rare : mais elle est souvent peu abondante ou peu active.

Pareils malades, très fréquents, sont encore capables de petites digestions : ce sont de petits mangeurs, qui n'arrivent pas à couvrir, par l'alimentation, leurs dépenses énergétiques, dont les digestions sont lentes, prolongées, compliquées de fermentations, à digestibilités électives. Chez ces « petits insuffisants digestifs », on pourra obtenir de très grands bénéfices de l'opothérapie gastrique, soit que l'on ait recours aux produits directement actifs (médication chlorhydro-peptique, gastérine), soit que l'on ait recours aux produits inactifs ou indirectement actifs (extrait gastrique, dyspeptine), grâce à leur action stimulante sur la muqueuse.

Dans cette catégorie se rangent aussi les dyspepsies des nourissons qui bénéficient parfois grandement de l'opothérapie gastrique, et principalement des sucs indirectement actifs.

b) Hyperchylie gastrique. — Dans beaucoup d'autres cas, au contraire, la sécrétion gastrique, loin d'être insuffisante, est surabondante. Elle est provoquée par la moindre cause ; les glandes gastriques sont en état d'éréthisme permanent : une émotion, un travail exagéré, un exercice un peu prolongé, une cigarette, une petite quantité d'eau, tout, chez eux, se traduit par une sécrétion chlorhydrique exagérée, en quantité et en qualité. Ce sont des sujets ayant, à jeun, du liquide résiduel clair et acide. Tout leur organisme, le plus souvent, a cette même impulsivité, ces mêmes réactions vives et exagérées, qui se manifestent au niveau de l'estomac par l'irritabilité sécrétoire.

Ces malades peuvent-ils bénéficier de l'opothérapie gastrique ?

Certes, non, s'il s'agit de la médication chlorhydro-peptique ou des sucs gastriques acides : car, des acides ou de la pepsine, ils n'ont que trop, et c'est ce dont ils souffrent ; on ne doit donc pas leur en donner encore.

Par contre, les produits opothérapiques indirectement actifs peuvent être employés avec succès, si nous en croyons notre expérience et celle du Prof. Surmont (de Lille) : en pareil cas, et malgré les usages habituellement suivis, nous avons souvent ordonné, soit les extraits gastriques (sans addition d'acide) soit le suc de Hepp, qui n'est ni acide ni digestif. Sans que nous en connaissions exactement la raison, ces produits nous ont semblé agir indirectement sur l'éréthisme de la muqueuse, la calmer et en régulariser la sécrétion, de même que la digitale calme l'arythmie, tout en renforçant la systole cardiaque.

Donc, en pareil cas, si les produits directement actifs sont formellement contre-indiqués, les produits indirects peuvent, au contraire, être utiles et amener une régularisation de la sécrétion.

B. Syndromes moteurs. — Dans une série d'autres cas, généralement d'ailleurs associés aux premiers, les troubles moteurs occupent la première place.

Deux types principaux peuvent être décrits, suivant qu'ils affectent la motricité du réservoir ou celle de l'orifice d'évacuation.

a) *Sténoses pyloriques.* — Les troubles sphinctériens semblent, *a priori*, échapper entièrement à l'opothérapie gastrique.

Dans une sténose organique (cancer du pylore, par exemple), le fait est évident : la seule thérapeutique utile est, alors, la dérivation opératoire des matières par une communication anormale.

Mais, dans une sténose spasmodique, très fréquemment on peut agir par l'intermédiaire des troubles sécrétoires connexes, et l'on peut parfois utiliser le traitement opothérapique de l'hyperchylie dont nous venons de parler. Mais ce ne sont pas là, tant s'en faut, les indications les plus brillantes de la méthode.

b) *Atonie gastrique.* — L'atonie gastrique, qui s'observe si souvent dans les cas de faiblesse générale et de ptose des différents viscères, qui s'observe, d'autre part, chez les déprimés, chez les mélancoliques, et se combine souvent à une insuffisance sécrétoire intermittente, paraît, souvent bénéficier de l'opothérapie gastrique sous ses différentes formes. Les acides sont, en effet, très propres à réveiller les contractions ; ils agissent, d'autre part, comme antiseptiques pour combattre les fermentations de stase. Aussi la médication chlorhydro-peptique ou par les sucs acides donne-t-elle souvent des succès.

Mais il nous a semblé aussi que les extraits gastriques et les sucs actifs agissent opothérapiquement, non seulement sur les éléments glandulaires, mais sur le muscle gastrique lui-même et réveillent la tonicité de l'estomac.

Nous avons, dans certains de ces cas, utilisé un extrait spécial, contenant, non pas seulement la muqueuse, mais encore la musculeuse, si puissante, de l'estomac de porc : il nous a semblé que cet extrait agissait sur le muscle gastrique mieux que l'extrait simple de muqueuse ; des mesures manométriques, chez le chien, nous ont paru confirmer cette impression.

***

Conclusions. — L'opothérapie gastrique se présente à nous sous deux formes : la forme directement active (pepsine, gastérine), et la forme indirectement active, (extrait gastrique, dyspeptine).

1° L'opothérapie directe (médication chlorhydro-pepti-

que, suc gastrique actif) est, seule, indiquée dans les achylies complètes ; elle est formellement contre-indiquée dans les hyperchylies.

2º L'opothérapie indirecte (extrait gastrique, suc gastrique inactif) est impuissante dans les achylies complètes ; elle est, seule, indiquée dans les hyperchylies.

3º Les deux, indifféremment, peuvent rendre service dans les achylies partielles et dans les atonies gastriques, voire même gastro-intestinales.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

La forme sénile de la méningite cérébro-spinale, par le Dr Reiche (Hambourg) (*Munch. Mediz. Wochenschrift*, 7 sept. 1009, nº 34, p. 1828.)

La méningite cérébro-spinale est avant tout une maladie de l'enfance et de la jeunesse. Leichtenstein, sur les 111 cas étudiés au cours de l'épidémie de 1885, n'en compte que 1 concernant un sujet de plus de 60 ans ; de 1886 à 1892 sur 83 cas, il y en a 3. Councilmann, Mallory et Whright n'en signalent aucun parmi les 411 cas de Boston (1898) ; de même Dow sur les 183 patients de Glascord (1906-07). Il n'y a que 9 sujets ayant plus de 60 ans sur 3153 malades des districts de Oppeln, Breslau, Brieg et Liegnitz, au cours de la grande épidémie silésienne de 1905. A Hambourg, les statistiques en signalent 2 sur 144 malades. Il ne faut pas croire cependant que le diplocoque de Weichselbaum ne puisse provoquer de méningites chez les sujets âgés : Ritchie en observa un cas chez un sujet de 82 ans. Schlesinger, basant son travail sur cinq observations, isola (*Wien.med.Wochench.*,1908, nº 14) un type clinique : la forme sénile de la méningite cérébro-spinale ; elle est caractérisée d'après lui, par l'insidiosité du début (il existe une véritable période prodromique), par la tendance aux vomissements et à la céphalée, la perte rapide de la conscience, l'accélération notable du pouls qui contraste avec une température peu élevée. La raideur de la nuque, fait notable, serait rare d'après les observations de Schlesinger ; le signe de Kernig, au contraire, d'apparition précoce. Jamais l'herpès ne manqua.

Reiche vient d'observer deux cas de méningite cérébro-spinale dans son service, l'un a déjà été relaté (*Neurolog. Zentralblatt.* XXXII, 1908, p. 490). La nouvelle observation concerne un homme de 61 ans, ayant eu jadis, à la suite d'un traumatisme, une fracture du crâne compliquée de manifestations nerveuses persistantes (troubles de l'intelligence et de la parole). C'était un buveur endurci ; dans le courant de mars dernier, il fait une chute dans un escalier, et entre, le 7 avril, à l hôpital, présentant des troubles psychiques, de la paralysie du muscle droit externe de l'œil droit, des plaies du même côté, de l'inégalité pupillaire, de l'absence bilatérale de réaction de la pupille à la lumière, du signe de Kernig, un pouls de 120 à la minute, et une température oscillant entre 37º8 et 38º4. Il meurt bientôt dans le coma. On avait porté le diagnostic de fracture du crâne, l'autopsie montra une méningite purulente à diplocoques de Weichselbaum.

Cette observation est intéressante : Leyden et Goldscheider insistent sur l'importance prédisposante du traumatisme. Mac Kenzie et Martin ont observé dans trois cas son influence indéniable dans la détermination de méningites cérébro-spinales.

Les différents traits cliniques signalés par Schlesinger au cours de la méningite cérébro-spinale du vieillard se retrouvent dans les deux observations de Reiche : dans un cas, point de raideur; dans l'autre à peine un peu de raideur de la nuque apparue à la fin seulement de l'évolution. Signe de Kernig, obnubilation intellectuelle prononcée dans les deux cas. Pouls rapide, température variable, élevée (39º, 39º6) dans un cas ; peu élevée dans l'autre (37º8, 38º6). Contrairement aux remarques de Schlesinger, l'herpès était absent dans les deux cas.

Les complications observées furent dans un cas une bronchite diffuse fort intense, dans l'autre une pneumonie avec septicémie pneumococcique. Cette complication augmenta la leucocytose déja élevée d'ailleurs dans ce cas, comme il est de règle dans la méningite cérébro-spinale.

En somme, absence de raideur de la nuque et d'élévation thermique.

Recherches sur l'action des ferments digestifs sur la tuberculine ; par MM. Th. Pfeiffer et R. Persch. (*Wien. klin. Woch.*, 19 août 1909, nº 33, p. 1149.)

Les inconvénients de la thérapeutique par les injections cutanées de tuberculine ont porté les différents auteurs à chercher à l'introduire dans l'organisme par voie digestive.

Les auteurs ont voulu déterminer quelle était l'action des ferments digestifs sur la tuberculine en injectant à des malades, dont on connaissait les réactions fébriles habituelles, de la tuberculine modifiée au préalable par ces ferments. Ils ont prouvé ainsi que la tuberculine, soumise à l'action de la pepsine et de la trypsine était rendue rapidement et le plus souvent complètement inactive.

Vingt sujets présentent une réaction positive à la cuti-réaction de Pirquet furent soumis par eux à une seconde cuti-réaction avec de la tuberculine traitée par la pancréatine : 48 fois la réaction fut nulle, 2 fois très affaiblie.

Il semble donc que la pepsine et la trypsine détruisent la tuberculine dans les voies digestives et rendent la thérapeutique illusoire (en admettant que la muqueuse intestinale saine puisse absorber la tuberculine).

Des faits contradictoires seraient fournis si l'on observait des phénomènes généraux consécutifs à l'absorption de tuberculine. Moeller prétend en avoir observé de tels, avec de la tuberculine incluse dans des cachets solubles seulement dans l'intestin grêle. Latham et Immann auraient également observé des phénomènes généraux à la suite de l'injection de tuberculine, toutefois avec des doses élevées. On peut se demander dans ces cas si, chez ces malades, un défaut de ferment ne peut pas entraver le dédoublement de la tuberculine ou si des lésions de la muqueuse n'en facilitent pas l'absorption avant qu'elle soit rendue inactive.

Pfeiffer et Persch étudient ensuite un 3e ferment, l'érepsine, qu'ils retirent de la muqueuse intestinale chez le chat, dans l'espoir de déterminer à laquelle des albumines de la tuberculine de Koch est attachée l'action spécifique.

Ils provoquent 16 cuti-réactions avec une solution de tuberculine et d'érepsine à 25 %, et autant de cuti-réactions témoins avec la tuberculine pure. Dans la moitié, des cas les deux épreuves furent négatives : dans l'autre moitié, la réaction à la tuberculine-érepsine fut à peine plus faible que celle à la réaction-témoin.

Mais les cuti-réactions furent complètement négatives avec une tuberculine laissée au contact de l'érepsine pendant 9 jours.

On sait que l'érepsine diffère notablement de la pepsine et de la pancréatine. Tandis que ces dernières dédoublent les albumines jusqu'aux peptones et aux peptides, l'érepsine n'agit pas sur les albumines coagulables, elle dédouble lentement et incomplètement la caséine et l'histone, lentement les protamines et une partie des albumines ; mais elle détruit rapidement certaines peptones et certaines albuminoses.

Or, la tuberculine purifiée par l'alcool contient, outre les cendres, une albuminate, des traces de peptones, mais principalement des albumoses, qui se différencient des albuminoses de la digestion (Kuhne). Etant données les réactions de la tuberculine avec la peptase-érepsine et les protéases trypsine et pepsine, il semble invraisemblable que son activité dépende de sa teneur en peptone ; sa destruction par la pepsine et son altération lente et incomplète par l'érepsine semblent plutôt indiquer que son activité est liée à la présence des albumoses.

Sur l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux ; par M. Karl Ullmann. (*Wien. klin. Woch.*, 26 août 1909, nº 34, p. 175.



L'auteur fait une très longue étude sur l'étiologie du lupus érythémateux. Il expose les arguments de ceux qui n'admettent pas l'origine tuberculeuse de cette dermatite, c'est-à-dire de la majorité des auteurs allemands. D'après une enquête statistique faite il y a 2 ans et qui recueillit 42 des opinions les plus autorisées, une minorité se ralliait à la théorie française de l'étiologie tuberculeuse. L'auteur se déclare convaincu, depuis le Congrès de Dermatologie de Paris de 1900, de la genèse tuberculeuse du

lupus érythémateux qu'il rattache également au groupe des tuberculides isolé par les Français et par Bœck. Il note avoir remarqué à plusieurs reprises la coexistence du lupus érythémateux avec la folliklis de Bœck, l'eczéma, le lichen scrofulosorum, l'érythème induré de Bazin ; 9 fois seulement sur 45 cas de formes chroniques de lupus érythémateux, l'auteur n'a pu découvrir de stigmate tuberculeux par aucun procédé de recherche (examen physique, cuti-réaction, tuberculino-réaction. Et il admet la possibilité, pour quelques-uns de ces cas, de l'existence d'une intoxication tuberculeuse qu'il n'a pu déceler.

Il déclare que la genèse tuberculeuse du lupus n'est plus une hypothèse, mais un fait certain, pour la majorité des cas et pour toutes les formes. Il réserve l'explication de l'origine étiologique de la minorité des cas (20 %) absolument indemnes de tuberculose apparente. A ce propos, il se demande quelle valeur on peut attacher aux observations des anglais Wards, Macleod et Galloway, concernant la nature auto-toxique générale du lupus érythémateux. Ceux-ci ont trouvé de l'albumine, souvent de la néphrite chronique (dans 27 % de leurs cas), ou bien ont cru déterminer l'existence d'une auto-infection, d'origine intestinale ou autre. L'auteur lui-même n'a jamais pu relever cette étiologie dans les cas de lupus où faisait défaut l'étiologie tuberculeuse évidente.

La teneur en antitrypsine du sérum chez le nourrisson ; par M. H. Reuss. (*Wien. klin. Woch.*, 26 août 1909, n° 34, p. 1171.)

L'action inhibitrice du sérum sanguin de l'homme sur les processus protéolytiques a été étudiée de divers côtés depuis les travaux de Brieger et Trebing, qui ont trouvé une augmentation de la teneur du sérum en antitrypsine chez des malades carcinomateux. On a vu depuis que cette teneur était soumise à des variations chez le même individu et on l'a trouvé augmentée dans les cas les plus variés.

Sous quelles influences se produit l'augmentation de l'antitrypsine et quelle est l'origine de son antigène ?

L'opinion de Kurt Meyer est la suivante : les sécrétions du pancréas et les ferments leucocytaires ne jouent qu'un rôle secondaire comme antigène. Il est plus probable que ce sont des ferments cellulaires protéolytiques qui déterminent la formation des anti-corps et que les toxines dues aux échanges cellulaires sont l'origine de leur production anormale.

Reuss admet cette hypothèse et étudie la valeur en antitrypsine du sérum chez le nourrisson.

Chez l'enfant au sein, dans la grande majorité des cas, la teneur en antitrypsine est faible. Elle augmente en général dès que celui-ci est atteint d'une affection aiguë ou chronique, d'un trouble de la nutrition (eczéma, érytrodermie exfoliante, syphilis, tuberculose, état stationnaire d'accroissement). Lorsque le nourrisson primitivement au sein reçoit prématurément une autre alimentation, on peut voir augmenter la quantité d'antitrypsine. Aussi, chez le nourrisson qui paraît tout à fait sain, mais qui est alimenté avec du lait de vache, on trouve une teneur du sérum en antitrypsine presque toujours supérieure à celle du nourrisson élevé au sein. Cette quantité augmente encore quand l'enfant qui reçoit une nourriture artificielle tombe malade, ce que l'auteur a constaté dans les cas d'atrepsie, d'entérite, de choléra infantile, de suppuration articulaire, de méningite cérébro-spinale. Peut-être la recherche de l'antitrypsine pourra-t-elle devenir d'une application pratique et permettre le diagnostic dans les cas limites entre un état normal et un état pathologique.

De la nature de l'antitrypsine dans le sérum et du mécanisme de son action ; par M. Oswald Schwarz. (*Wien klin. Woch.*, 19 août 1909, n° 33, p. 1151.)

Il est un fait bien connu que le sérum et les extraits d'organes inhibent l'action de la trypsine sur la digestion. Mais les recherches précises sur la nature de la substance inhibitrice font presque totalement défaut. D'après une opinion communément admise, il s'agirait d'un antiferment véritable, dû aux ferments protéolytiques normalement résorbés ou produits par la destruction cellulaire pathologique. E. P. Prik et E. Pribram, en traitant le sérum par l'éther, lui enlevèrent sa substance inhibitrice. Ce fait contredit la théorie précédente de la nature de l'antiferment et prouve que la substance inhibitrice n'est pas une albumine, mais permet de la ranger dans les nouvelles substances lipoïdes. A la suite de ces indications, Neumann cherche à modifier la digestion tryptique par des alcools-savons et des solutions de lécithine.

L'auteur s'est proposé de régénérer par des substances lipoïdes le sérum rendu inactif par l'éther et de rechercher si, en admettant la nature lipoïde de l'antiferment, on peut expliquer tous les faits cliniques et expérimentaux concernant les propriétés antitriptiques du sérum.

Avec une émulsion de lipoïdes dans une solution de chlorure de sodium à 5 %, l'activité de la pancréatine du cheval ou du chien est très affaiblie : la trypsine du commerce n'est pas influencée, ce qui montre que ces solutions possèdent comme le sérum une certaine spécificité.

L'action fut identique avec l'émulsion des lipoïdes dans le sérum, qui ne se montrèrent pas influencées par la présence ou l'absence de la sérum-albumine. Ce dernier fait n'est explicable que si l'on admet que la simple présence des deux corps dans le sérum ne suffit pas à provoquer entre eux une combinaison intime, car si l'on chauffe l'émulsion de lipoïdes dans le sérum on obtient une augmentation considérable de son activité, et on peut rendre active une émulsion inactive à froid. Ces constatations font admettre à l'auteur que la substance inhibitrice du sérum est une combinaison de lipoïde-albumine. Les lipoïdes non combinées possèdent également des propriétés inhibitrises, mais plus faibles.

D'une série d'expériences, Schwartz déduit que l'action inhibitrice s'exerce au moyen d'une combinaison de ferment avec l'antiferment, dans laquelle le ferment neutralise en partie l'antiferment ; lorsque l'on ajoute à une solution fortement inhibitrice, du ferment, cette solution devient moins active ; en lui ajoutant encore du ferment, on peut la rendre complètement inactive.

Dans quelques essais, une augmentation de l'activité inhibitrice du sérum de lapin a été parallèle à l'augmentation des extraits éthérés, c'est-à-dire des lipoïdes.

L'augmentation de l'activité inhibitrice du sérum traduit directement une augmentation de la destruction cellulaire. Ce fait ressort des recherches opérées dans les cas de cachexies expérimentales, qu'elles fussent le résultat d'intoxications phosphorées, de faim prolongée ou de suralimentation par le corps thyroïde ; dans tous ces états qui modifient la constitution de l'albumine dans l'organisme, l'activité inhibitrice est augmentée.

Ces constatations ont donné lieu à des interprétations erronées. Kurt Meyer admet une multiplication primitive des ferments protéolytiques dus à la destruction cellulaire comme origine de la production exagérée de l'antiferment.

Pour l'auteur, celle-ci est simplement provoquée par la résorption des ferments leucocytaires et pancréatiques. Toutefois ce rôle des ferments leucocytaires est pour ainsi dire passif ; ils sont neutralisés par les lipoïdes du sérum et ne méritent en aucun cas la signification d'un antigène. Les lipoïdes du sérum doivent être considérées comme chargées des propriétés antifermentatives du sérum.

Sur l'anaphylaxie dans le psoriasis vulgaire ; par M. J. Sellei (de Budapest. *Wien. Klin. Woch.*, 26 août 1909, n° 34, p. 1183.)

En traitant le psoriasis avec des injections sous-cutanées (de 0,20 à 0,30 cm.) d'une solution préparée avec une émulsion de plaques de psoriasis « psoriasis effloreszenzen » prélevées par biopsie, l'auteur a vu survenir des phénomènes d'anaphylaxie semblables à ceux qu'on remarque dans les affections de nature parasitaire.

Huit sujets atteints de psoriasis furent ainsi soumis par Sellei aux injections d'une émulsion de leur tissu psoriasique ; l'auteur put constater dans tous les cas une réaction locale, le plus souvent très vive (induration du volume d'un poing). Cette réaction est d'autant plus rapide et intense que les injections se succèdent.

A la première injection, même à doses minimes, succède en général très rapidement une élévation de la température qui peut monter à 38, 38,6.

Ces injections peuvent éveiller une recrudescence de l'affection, qui a réapparu très violente dans 2 cas, moins intense dans 4 autres cas, mais en somme, 6 fois sur 8. Cette recrudescence s'observe surtout, chose remarquable, dans les cas où un psoriasis général est déjà en voie de régression.

Il semble donc que, dans ces cas, ces injections ont amené une anaphylaxie de l'organisme.

Des rapports de la sclérodermie avec la tuberculose; par M. Reines (*Wien. klin. Woch.*, 12 août 1909, n° 32, p. 424).

Certains auteurs admettent une relation, hypothétique encore, il est vrai, entre la sclérodermie et la tuberculose, étant donnée la coexistence fréquente des deux affections. Ils ont, d'autre part, constaté que certaines fistules et cicatrices tuberculeuses avaient des caractères sclérodermiques ainsi que certaines lésions de la lèpre, maladie voisine de la tuberculose. Ils s'appuient enfin sur le fait que la maladie de Maurice Raynaud, qu'on a rattachée à la tuberculose, présente une certaine analogie clinique avec la sclérodermie diffuse. L'auteur a pu observer depuis 1904 cinq cas de sclérodermie généralisée et cinq cas de sclérodermie circonscrite. Deux de ces cas seuls concernaient des hommes, les autres, des femmes.

Trois malades, parmi les cinq atteints de sclérodermie diffuse, présentaient, à l'examen physique, des lésions du parenchyme pulmonaire. Mais en l'absence de bacilles dans les crachats, elles ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une tuberculose, la sclérodermie pouvant elle-même retentir sur les poumons. Ensuite, ces cinq malades furent soumis à la cuti-réaction de Pirquet. Ils réagirent tous les cinq, d'une manière typique et assez intense, à la tuberculine. Un mois après cette épreuve, ils réagirent encore d'une manière positive à une injection de tuberculine (tuberculino-réaction.)

Il est intéressant de noter que, chez deux de ces malades, cette dernière réaction, de même qu'ultérieurement chaque injection de tuberculine faite dans un but thérapeutique, provoqua une exacerbation des douleurs rhumatismales qui complètent le tableau de la maladie (augmentation de la rigidité dans certaines articulations, exacerbation de la douleur aux extrémités).

Par contre, chez aucun des cinq malades atteints de sclérodermie circonscrite, on ne put mettre en évidence une tare ou un stigmate de tuberculose. Un seul d'entre eux put être soumis à la cuti-réaction, qui resta négative.

Les faits précédents prouvent l'existence d'une relation entre la tuberculose et la sclérodermie, mais ne démontrent pas que la sclérodermie soit de nature tuberculeuse.

L'auteur a cherché cette démonstration par l'expérimentation animale. Il a injecté dans le péritoine des cobayes du tissu d'une série de sujets ayant réagi d'une manière positive à la tuberculine et atteints de sclérodermie diffuse.

Dans un premier cas, il trouva à l'autopsie du cobaye des granulations miliaires dans la rate et le foie, qui présentaient l'aspect morphologique de tubercules et se montraient constituées par un amas de cellules rondes, avec quelques cellules géantes et un centre caséifié.

Dans un second cas, il trouva ces mêmes tubercules, mais dans la rate seulement.

L'auteur ne put déceler de bacilles de Koch dans ces formations, par la méthode de Ziehl. Il conseille d'employer celle de Much avant de conclure à l'absence des bacilles tuberculeux.

Il admet la possibilité que ces formations puissent être le fait de bacilles morts ou de toxines bacillaires et conclut à la nécessité de rechercher le bacille dans la peau, dans les lésions de la sclérodermie au début.

C. Loeser.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1909.

Albumino-réaction des crachats tuberculeux. — *M. Roger* a recherché systématiquement l'albumine dans les crachats.

Cette recherche est simple, rapide et importante au point de vue du diagnostic.

Les crachats sont délayés avec de l'eau distillée, on ajoute de l'acide acétique, on filtre et on recherche l'albumine dans le liquide filtré d'après les procédés ordinaires ; si on emploie la précipitation par la chaleur, on ajoutera un peu de NaCl au liquide. Le résultat de 150 observations permet à M. Roger de dire : lorsque la réaction est négative on peut rejeter le diagnostic de tuberculose ; la réciproque n'est pas vraie. Cette méthode, qui n'est ni lente ni compliquée, qui est plus simple que la méthode microscopique et histochimique, est plus exacte que la méthode de MM. Bezançon et de Jong.

M. Bezançon croit cette méthode chimique trop sensible. On trouve de l'albumine dans les bronchites, dans les pneumonies etc. Il conseille par conséquent d'employer les deux méthodes en même temps.

M. *Roger* répond que quand on trouve de l'albumine, on peut affirmer qu'à côté de l'affection bronchique ou pulmonaire il y a autre chose, de la néphrite par exemple. En résumé lorsqu'on ne trouve pas d'albumine, on peut rejeter la tuberculose ; lorsqu'on en trouve, il faut pousser les investigations plus loin.

Traitement des arthrites biennorrhagiques par le sérum antiméningococcique.— Ce traitement a donné d'heureux résultats dans les arthrites gonococciques. Il a été employé également avec succès dans les affections pelviennes de même étiologie.

Méningite cérébro-spinale à rechute. — M. de *Massary* rapporte un cas.

Physiologie pathologique des paralysies diphtériques. — M. *Guillain.*— Les paralysies diphtériques sont en rapport avec la localisation de la toxine et on admet que la toxine agit par névrite ascendante.

Jusqu'à présent, on n'a cependant trouvé aucune lésion caractéristique au niveau des centres intéressés. L'auteur a observé un cas d'angine diphtérique, avec paralysie du voile et paralysie bulbaire typique complète, suivie de mort. A l'autopsie on a prélevé les noyaux bulbaires, origines des nerfs crâniens intéressés on les a lavés à l'eau, puis on les a broyés avec du sérum physiologique. Le liquide a servi aux inoculations intra-cérébrales, sous-cutanées et intrapéritonéales. Les animaux sont morts en 24 heures avec tous les signes de l'intoxication, les animaux témoins traités de la même façon avec du liquide provenant des centres non intéressés. Ce liquide n'était donc pas toxique. Conclusion : le poison, la toxine diphtérique existait dans le bulbe au niveau des noyaux intéressés. La substance nerveuse fixe la toxine diphtérique, tout comme elle fixe la toxine tétanique, et dans le tissu nerveux, ce sont les lipoïdes qui fixent le poison.

Friedel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1909.

Deux cas de scoliose congénitale. — *M. Kirmisson* lit son rapport sur 2 observations de M. Covillie ayant trait à des scolioses congénitales.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 3 ans 1/2 sans antécédents héréditaires notables, à part une chute de la mère au 3e mois de sa grossesse.

Dès la naissance apparut une déviation latérale de la colonne vertébrale qui s'accentua progressivement (scoliose dorsolombaire à convexité gauche).

La radiographie permit de constater l'existence de 2 coins osseux, à base tournée à gauche, placés sur la partie latérale gauche de la colonne l'un entre la 5e et la 6e, l'autre entre la 11e et la 12e vertèbres dorsales.

Il existait en outre des coudures entre les 3e et sa 4e côtes gauches et probablement entre les 7e et 8e côtes droites.

Dans le 2e cas, très analogue, il s'agit d'une fillette de 10 ans 1/2 sans antécédents héréditaires, chez laquelle la mère constata, à la naissance une voussure du thorax en avant. Peu à peu se développa une scoliose à double courbure : cervico-dorsale à convexité gauche et dorso-lombaire à convexité droite. Les caracres anatomiques sont analogues à eux du premier cas : coin osseux entre les 1re et 2e vertèbres dorsales. Pas d'altérations costales.

La scoliose congénitale vraie, contestée jusqu'à la radiographie, a été depuis rencontrée fréquemment. Les rayons X, révèlent presque toujours l'existence d'anomalies vertébrales primitives, et souvent d'anormalies costales. Cependant dans des cas manifestement congénitaux il peut aussi arriver qu'on ne

trouve pas d'altération anatomique susceptique d'expliquer la déviation.

Ces anomalies vertébrales peuvent être associées à d'autres anomalies rachidiennnes telles que spina bifida, côtes cervicales.

L'origine du *coin vertébral* semble être tantôt un corps vertébral surnuméraire mal développé, tantôt un arrêt de développement d'un corps vertébral normal.

M. *Broca* possède en effet deux observations, dans l'une desquelles le coin osseux était manifestement atrophique, alors que dans l'autre il constituait une pièce surnuméraire.

Deux cas d'arthrite suppurée d'origine otique. — M. *Lejars* présente un rapport sur deux observations communiquées par MM. Lesueur et Rouvillois.

Dans les deux cas, il s'agit de jeunes soldats qui arrivent à l'hôpital avec des otites suppurées compliquées de mastoïdite. On les trépane.

Quelques jours après la température remonte et apparaît une arthrite suppurée du coude gauche qu'il fallut inciser.

Dans l'un des cas, l'incision suffit à amener la guérison. Dans l'autre, il se fit une ankylose du coude en position vicieuse, si bien qu'il fallut faire une résection du coude par double incision latéropostérieure.

Celle-ci donna un très bon résultat fonctionnel.

M. Rouvillois à propos de ces faits, en conclut que la pyohémie existe encore dans les services de chirurgie spéciale et que c'est l'acte opératoire qui a introduit dans la grande circulation une infection d'abord localisée. M. Lejars croit au contraire que l'arthrite n'est qu'une nouvelle manifestation d'une infection générale qui s'était primitivement traduite par l'otite. Il a eu l'occasion d'observer déjà plusieurs cas de ce genre; c'est ainsi qu'à la suite d'une fièvre typhoïde il a vu survenir successivement chez le même sujet une otite avec mastoïdite, un abcès de la jambe gauche, et puis une arthrite suppurée du coude droit

Dans d'autres cas, et parfois à la suite d'érosions insignifiantes, on voit apparaître d'emblée des foyers suppurés multiples, qui peuvent, si l'on n'intervient pas de très bonne heure, déterminer la mort du malade.

M. Lejars est partisan des deux incisions coudées latérales pour la résection du coude en cas d'ankylose fibreuse; ces incisions permettent de respecter l'attache olécrânienne du triceps. Il est également partisan de la mobilisation précoce telle que l'a faite M. Rouvillois.

M. *Lucas-Championnière* conseille au contraire l'incision médiane antérieure. Il pratique aussi la mobilisation précoce des réséqués du coude.

M. *Quénu* recommande en ces cas l'emploi de l'interposition musculaire qui lui a donné d'excellents résultats. Mais il est opposé à la mobilisation précoce qui peut provoquer la formation d'ostéomes.

Il immobilise 15 jours au moins ses malades.

M. *Delbet* est, lui aussi, opposé aux mobilisations précoces. La conservation de l'olécrâne ne lui paraît pas avoir une grande importance et il est nettement partisan de l'interposition musculaire.

Présentation de malades. — *M. Potherat* présente un malade qu'il a dû opérer 11 fois pour une tumeur récidivante du cuir chevelu ayant envahi la voûte crânienne et les méninges. La dernière opération a été suivie de radiothérapie et depuis lors la tumeur n'a plus reparu.

CORRESPONDANCE

A propos de la perte de l'immunité vaccinale chez les enfants de moins de dix ans.

Dans la « Revue des journaux » parue dans le *Progrès médical* du 14 août 1909, ont été reproduites, d'après le *Journal de méd. et de chir. pratiques* (25 juillet 1909) les recherches du Dr Pol Serrière, de Fong, sur la perte de l'immunité vaccinale chez les enfants de moins de 10 ans. A ce sujet, notre collaborateur, le Dr Paul Raymond, nous écrit :

. . . . Voulez-vous me permettre de rappeler les recherches que j'ai publiées ici-même, il y a déjà bien longtemps (1893, p. 495, 1894, p 190) sur ce sujet ? Elles montraient que chez les tout petits l'immunité vaccinale se perd parfois bien plus tôt qu'on ne le croit, et que, dans les groupes scolaires nous devons abaisser l'âge réglementaire des revaccinations de 10 à 7 ans. C'était aussi l'opinion du regretté Bourneville.

Je suis heureux de voir aujourd'hui des recherches nouvelles venir confirmer les conclusions que j'avais formulées ; espérons que les nouvelles données mettront moins de temps que leur devancière à faire leur chemin, et qu'elles s'imposeront dans la pratique scolaire.

Veuillez agréer, etc.

Dr Paul Raymond.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1)

M. Tuffier (Paris) reconnaît que la ligature simple du pédicule d'un anévrisme de l'aorte est d'une mauvaise chirurgie. Cette ligature est fatalement chassée peu à peu par les battements du vaisseau. En pareil cas il serait d'avis de faire la résection de la poche suivie d'une anévrismorraphie. Mais pareille occasion se présente rarement. Plus importante est la question des anastomoses artério-veineuses, qu'il a surtout appliquées au rétablissement de la circulation dans la gangrène des membres. Il tient à signaler en particulier les anastomoses faites dans le moignon même après amputation, dans la cuisse par exemple, dans le but de prévenir l'extension de la gangrène. Par ce moyen l'irrigation du moignon est assurée, d'abord par le passage direct du sang artériel dans le système veineux et aussi par l'aspiration que ce nouveau courant crée dans les capillaires, dont tout le sang est ainsi attiré.

M. Psaltoff (Smyrne) a employé pour 4 anévrismes la méthode de la ligature et de l'excision du sac et il a obtenu 3 succès. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un anévrisme traumatique bilobé et dont un des lobes formé par l'artère iliaque externe occupait toute la fosse iliaque alors que le lobe inférieur, témoral, descendait jusqu'au tiers inférieur do la cuisse. L'extirpation assez pénible de cet anévrisme fut suivie, au 4e jour, d'une gangrène sèche du pied. Au 18e jour, on dut amputer la cuisse à sa partie inférieure et le malade guérit.

M. Doyen (Paris) apporte au Congrès deux faits d'intervention pour un anévrisme artériel et un anévrisme artérioso-veineux. Dans ce dernier cas il s'agissait d'un anévrisme du bras, faisant communiquer l'artère et la veine humérale. L'extirpation de la poche avec suture des deux vaisseaux artériels et veineux donna une guérison parfaite.

Dans l'autre cas, où il s'agissait d'un volumineux anévrisme poplité de 11 centimètres, craignant l'extirpation, il employa le le procédé d'anévrismorraphie dite reconstructive de Matas. Il fit ainsi un double surjet sur une longue étendue de l'artère et malgré cela, celle-ci resta parfaitement perméable ainsi qu'il put le constater un an après. A ce moment, en effet, il dut procéder à une nouvelle intervention dirigée contre des troubles de la circulation veineuse, dus à ce que la veine poplitée avait été réséquée avec la poche anévrismale. Il tenta avec succès de remplacer la veine poplitée par un segment d'une grosse veine de mouton.

M. Bégouin (Bordeaux) ajoute aux 4 cas signalés par les rapporteurs un nouveau fait de ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale au niveau du triangle de Scarpa, au cours d'un sarcome de la cuisse : guérison *per primam* sans gangrène. Le malade mourut deux ans après de métastase pulmonaire.

M. Brunswic-le-Bihan (Tunis) cite un cas analogue, où la double ligature faite pour un anévrisme artério-veineux traumatique du triangle de Scarpa ne fut suivie d'aucun accident.

M. Auvray (Paris) dans un cas d'anévrisme artério-veineux de la racine de la cuisse, a obtenu une guérison parfaite chez un enfant en disséquant la poche et en l'extirpant après avoir placé une ligature sur l'orifice veineux, L'orifice artériel fut suturé,

M. Reynès (Marseille) signale un cas d'anévrisme de l'artère mammaire interne, apparu chez un homme de 47 ans, six mois après une résection de la saphène gauche pour varices. La tu-

(1) Voir le dernier numéro.

meur molle, dépressible était située à droite entre les 3e et 4e côtes. Elle présentait du souffle et une légère expansion. On crut à un abcès froid costal : Une petite incision très prudente montra nettement la nature réelle de la tumeur. Une compression énergique arrêta l'hémorragie. Mais le malade mourut peu après avec une broncho-pneumonie tuberculeuse diffuse et l'autopsie montra que l'anévrisme était situé sur l'artère mammaire interne oblitérée dans sa partie inférieure.

M. Savariaud (Paris) met en lumière les 3 propositions suivantes :

1° Le meilleur traitement de l'anévrisme artériel est l'extirpation lorsqu'elle est possible, car elle est seule capable d'obtenir dans le minimum de temps la disparition des troubles trophiques ;

2° Le traitement des anévrismes par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné paraît peu efficace. Lorsqu'il y a seulement un peu d'amélioration, on peut aussi bien l'attribuer au repos auquel on soumet toujours le malade. Lorsqu'on obtient la guérison ce qui est rare, il ne faut pas oublier que l'on peut observer la guérison spontanée ;

3° Le cathétérisme des artères thrombosées ne paraît pas une méthode de grand avenir. Dans les 2 cas où il l'a employée elle fut peu efficace.

M. Princeteau (Bordeaux) est intervenu 5 fois sur les grosses artères : 1° suture latérale de la sous-clavière en dehors des scalènes pour plaie par arrachement de la cervicale transverse ; 2° résection d'un centimètre de l'axillaire sous la clavicule, suivie d'un Willy-Meyer ; 3° extirpation d'un anévrisme axillo-brachial rompu ; 4° suture de l'artère et de la veine proplitée déchirées par coup de feu ; 5° résection de 10 cent. de l'artère et de la veine fémorale au niveau du canal de Hunter, pour sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Sauf la 4e, toutes ces opérations ont été suivies de succès.

M. Vidal (Angers) cite quelques faits cliniques de chirurgie des artères, parmi lesquels 2 cas de ligature de la carotide primitive avec, dans le premier, coma immédiat combattu avec succès par la congestion active et passive de l'encéphale, et dans le second, phénomène convulsif 2 heures après, du côté opposé à la ligature, guéris par la ligature de la jugulaire externe.

Il signale aussi quelques expériences relatives à la résection de l'aorte et au rétablissement de la circulation à l'aide d'un tube de verre qui permet un rétablissement temporaire de 18 à 25 heures, procédé qui prépare les voies collatérales et peut être utile si la suture est impossible.

M. Tailhefer (Béziers) a réséqué les vaisseaux axillaires sans troubles circulatoires consécutifs dans un cas de récidive de cancer du sein.

M. de Fourmestraux (Chartres) étudie la valeur comparée de la ligature et de la suture de l'artère carotide primitive. Il montre que la ligature dans la continuité du tronc carotidien commun est moins grave qu'on ne l'a cru et que la statistique de Le Fort donnant 45 % de mortalité globale est inexacte aujourd'hui, où on ne compte plus que 21 % de morts. Grave quand il s'agit de plaies, le pronostic est meilleur quand on peut être sûr de son asepsie.

Quant à la suture latérale ou circulaire de la carotide, son étude est plus difficile. Les cas publiés sont rares et tous sont des cas de suture latérale. Il est difficile de savoir si l'artère est restée perméable. Dans ses expériences personnelles sur le chien l'auteur n'a pas eu de thrombose et le résultat fonctionnel a été excellent mais à l'autopsie, il a toujours trouvé un rétrécissement artériel accusé. Il a employé la technique de Carrel.

A son avis, si la suture artérielle présente des indications, elles sont très restreintes pour la carotide primitive, en raison des difficultés de son exécution et du pronostic relativement peu grave de la ligature.

M. Delagénière (Le Mans) a eu l'occasion d'observer une femme de 50 ans, artério-scléreuse, qui, à la suite d'embolies artérielles du membre inférieur droit, présenta des plaques de sphacèle, puis un hématome diffus de la cuisse qui l'obligea à pratiquer d'urgence la résection de toute la longueur de l'artère fémorale sur une étendue de 20 cent. entre l'arcade crurale et l'anneau du 3e adducteur. L'artère, obturée sur 6 à 7 cm. de longueur était déchirée au-dessus de ce point. L'opération fut bien supportée et la malade a fini par guérir.

M. Jordan (Heidelberg) conseille l'occlusion incomplète préalable de l'artère pendant 48 heures, pour prévenir les accidents consécutifs à la ligature brusque de certaines grosses artères, la carotide primitive en particulier. La circulation complémentaire peut ainsi s'établir suffisamment. Cette ligature temporaire sera faite à l'aide d'un gros catgut et on devra la pousser jusqu'à disparition des battements dans les branches périphériques de l'artère liée. Il est préférable d'opérer sous anesthésie locale, car l'anesthésie générale risquerait, pour la carotide, par exemple, de masquer l'apparition des troubles cérébraux au cas où la ligature serait trop serrée.

M. Giordano (Venise) fait observer à ce propos que des accidents graves peuvent s'observer au moment où on enlève le fil de ces ligatures temporaires. Dans un cas de ligature temporaire de la carotide primitive faite pour l'ablation d'une tumeur du cou, il a vu l'opéré présenter, immédiatement après la levée du fil, une congestion intense de la face, et succomber en quelques heures dans le coma. L'autopsie ne put être faite.

M. Lardennois (Reims) a lié une fois la carotide primitive dans un cas d'anévrisme siégeant à la bifurcation de cette artère. Le malade eut une hémiplégie le 3e jour et mourut.

Il a extirpé avec succès 2 anévrismes poplités et recommande tout spécialement pour cette opération la rachistovaïnisation qui permet de placer le malade dans le décubitus ventral et d'opérer ainsi très commodément.

Questions diverses.

Chirurgie générale.

La fulguration dans le traitement du cancer. — M. Juge (Marseille) rappelle que par sa méthode il ne cherche pas à détruire le néoplasme mais à stimuler les effets réactionnels de l'organisme. L'observation, l'expérimentation physiologique et les résultats obtenus justifient cette manière de voir. Cliniquement, en effet, la réaction conjonctive se traduit par l'œdème, la lymphorrhée, l'activité du bourgeonnement, la *fibrose* aboutissant à l étouffement des traînées néoplasiques. Expérimentalement, il a montré avec Hawthorn que le liquide lymphorrhéique était aseptique et ne contenait presque que des polynucléaires neutrophiles. Par la fulguration seule il a déterminé chez le cobaye de l'hyperglobulie et une polynucléose considérable.

La récidive cancéreuse, où elle se produit, est torpide, localisée, facile à détruire, et à l'infiltration néoplasique succède une infiltration fibreuse, en général durable.

De ces principes découle sa technique : fulguration préalable ou consécutive très large et très mordante jusqu'à production de la réaction lymphatique, tout en tâchant d'éviter l'escarre. Ces effets varient suivant deux coefficients : action électrique et réaction du sujet.

L'intervention chirurgicale est large si possible, aussi complète qu'elle le peut dans les cas inopérables, mais insuffisante au point de vue chirurgical pur. Il faut ménager de larges voies de drainage, moyens d'exploration et de fulguration itérative. Sa statistique comporte 140 cas : 34 opérables avec 70 % de guérisons (apparente et actuelle) — 23 à la limite de l'opérabilité avec 70 % de guérisons — 31 cas inopérables avec 50 % de guérisons — 32 cas inopérables anatomiquement, pas de guérisons mais 33 % d'améliorations ; 15 morts opératoires. Les guérisons datent de 5 à 38 mois.

Au total la méthode n'est pas dangereuse ; elle a reculé les limites de l'opérabilité et rendu les apparences de la santé à plus de 50 % des malades abandonnés.

De l'emploi des métaux colloïdaux contre les infections chirurgicales. — M. Bazin (Paris) signale les bons résultats que lui ont donnés l'électropalladiol et l'électrargol dans le traitement des infections chirurgicales. Mais pour obtenir des effets préventifs et curatifs, il faut employer des doses très élevées. Victor Henri a montré qu'on peut injecter tous les jours à un lapin 10 cmc d'électrargol sans aucun inconvénient. On peut donc en injecter à l'homme 20 à 40 cmc ou même plus. Ces injections ne sont pas douloureuses. Il a pu ainsi obtenir de nombreuses guérisons dans des cas très graves de laparotomies pour annexites suppurées ou appendicites à chaud, et aussi dans des infections puerpérales.

Le massage direct du cœur dans les syncopes anesthésiques.— M. LENORMANT (de Paris) a eu l'occasion de recourir 4 fois au massage du cœur qu'il regarde comme le moyen le plus efficace auquel on puisse avoir recours dans les syncopes survenant au cours de la narcose. L'un de ces cas concerne un arrêt du cœur pendant la suture d'une plaie de cet organe : le massage pratiqué à travers la brèche thoracique réveilla, au bout d'une dizaine de minutes, les contractions cardiaques. Le malade se réveilla et survécut 5 heures. Il succomba aux suites du traumatisme très complexe qu'il avait subi (plaie du cœur, du foie, de l'estomac et de l'intestin.)

Les 3 autres cas se rapportent à des accidents de la chloroformisation : deux fois syncope bleue tardive, une fois syncope blanche initiale. Dans les 3 cas, on eut recours au massage par voie sous-diaphagmatique ; mais dans deux d'entre eux le diaphagme contracturé empêchait de sentir le cœur. Cette contracture empêche le massage sous-diaphagmatique et il faut alors, comme l'auteur l'a fait chez un des malades, passer à travers le muscle et aller saisir directement le cœur : c'est la seule indication du massage *transdiaphragmatique* préconisé par Mauclaire, mais elle est indiscutable.

Deux fois le résultat fut absolument nul. Dans le 3e cas après une heure environ de massage, le cœur, qui était flasque et complètement arrêté, recommença à battre lentement (25 à 35 pulsations par minute) mais régulièrement. Le pouls redevint perceptible aux carotides. Ces systoles persistèrent une heure sans reprise de connaissance, sans un seul mouvement respiratoire spontané ; puis le cœur s'arrêta définitivement.

Ce fait montre la possibilité de réanimer un cœur arrêté depuis plus d'une heure, mais cela n'indique pas le retour à la vie : les centres nerveux, bien plus sensibles que le myocarde à l'interruption circulatoire, meurent longtemps avant lui et c'est cette mort précoce du système nerveux qui fixe la limite des succès que l'on peut obtenir du massage du cœur. Les observations cliniques ont montré qu'on ne peut pas obtenir de survie définitive du sujet après une syncope de plus de 10 à 15 minutes.

Il faut donc, pour en obtenir un résultat positif, recourir au massage du cœur dans les accidents de la narcose, 4 ou 5 minutes au plus après le début de la syncope. CH. LE BRAZ.

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE

(Milan, 4 au 8 octobre 1909.).

I. — **Aperçus nouveaux sur la pathologie et la thérapeutique des néphrites.** — Pr *Maragliano* (de Gênes), *rapporteur.* — Les données anatomo-pathologiques admises jusqu'à présent, ainsi que les symptômes cliniques que l'on voudrait leur faire correspondre, ne sont plus acceptables à l'heure actuelle ; sur le terrain anatomo-pathologique, une observation attentive montre que les altérations du rein sont bien loin d'être systématiques et que tous les éléments rénaux prennent part plus ou moins à ces altérations ; au point de vue clinique la symptomatologie varie d'un cas à l'autre et est en rapport avec la modalité des altérations générales et locales.

La classification des néphrites admise jusqu'à ce jour ne correspond donc pas à la réalité clinique, non plus qu'aux données anatomo-pathologiques.

Une nouvelle orientation est devenue nécessaire pour établir une classification clinique correspondant à l'état actuel de nos connaissances; cette nouvelle orientation ne peut être basée que sur les processus pathogéniques qui ont provoqué la maladie, car ce sont ceux-là surtout qui lui donnent une physionomie particulière.

Ces premiers points fixés, le rapporteur passe en revue différents points de la physiopathologie des néphrites ; il insiste surtout sur ce qui a trait à la perméabilité rénale dans les néphrites.

Et tout d'abord ce ne sont pas les agents d'élimination qui manquent dans les reins atteints de néphrite.

Ainsi qu'il résulte de recherches histologiques fines, on trouve toujours dans un rein malade des territoires indemnes, quelle que soit la gravité des lésions dont il est atteint.

D'autre part, la pathologie expérimentale a montré qu'une très petite fraction de tissu rénal suffit à assurer la fonction éliminatoire ; la plus grande partie du parenchyme rénal pouvant être considérée comme non strictement nécessaire.

Relativement à la rétention chez des individus atteints de néphrite, le rapporteur, à la suite de longues recherches, a pu établir que les reins atteints de néphrite sont perméables aux déchets soit minéraux, soit organiques.

Si, incidemment, on observe des suppressions de la fonction rénale soit par oblitération du système canaliculaire, soit par action inhibitrice d'origine nerveuse, il ne s'agit là que de phénomènes transitoires, momentanés, et au terme desquels l'excrétion des résidus organiques se fait avec une tendance bien supérieure à celle que l'on observe normalement.

Le rapporteur insiste sur un point tout spécial : il s'agit de la quantité des résidus azotés imparfaits qui passent dans les urines des néphrétiques, résidus que, à l'état physiologique, le rein ne laisse pas passer. C'est là un fait qui met en évidence le rapport entre l'azote total d'une part, l'azote uréique dans les urines et l'azote dans le sang d'autre part.

C'est la recherche séméiologique qu'il est le plus important de faire et il faut absolument s'abstenir d'étudier la perméabilité rénale par des procédés tels que celui du bleu de méthylène ou autres substances analogues.

Ce qui importe, c'est de savoir si le rein élimine ou non les résidus organiques, s'il élimine ce qu'il doit physiologiquement éliminer et qu'il ne saurait retenir sans dommage.

Dans le sang des individus atteints de néphrite, les produits d'échange intermédiaires sont en quantité supérieure à celle que l'on doit trouver à l'état physiologique ; dans ce fait il faut voir une preuve de ce qu'il y a un trouble fonctionnel dans la vie cellulaire.

Après avoir minutieusement passé en revue les différentes données concernant la pathologénie des néphrites, le rapporteur en arrive à conclure que dans les néphrites, il y a des modifications profondes dans la vie cellulaire dont l'importance est capitale dans le tableau de la néphrite, en dehors des phénomènes épisodiques, passagers de suppression de la fonction urinaire.

Maragliano examine quel peut être le rapport qui unit la maladie rénale à cette perturbation de la vie cellulaire. Il discute la question de la sécrétion interne, la question des néphrolysines, rappelle les recherches faites par ses élèves à ce sujet et conclut qu'en l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait définir exactement ce rapport.

De l'étude de la pathologie et de la clinique des néphrites, on peut cependant tirer les conclusions suivantes : Le rein chez les individus atteints de néphrite est en général perméable ; il ne saurait y avoir de rétentions graves de la part du rein, exception faite pour les phénomènes passagers de suspension de la fonction ; tout porte à croire que dans la néphrite le rein n'est que l'exposant d'un état morbide général.

Le rapporteur termine en montrant comment il est possible d'appliquer à la clinique des nouvelles connaissances sur la pathologie rénale. Il démontre comment des faits tout d'abord inexplicables deviennent ainsi très claire, et comment aujourd'hui on doit modifier les conceptions thérapeutiques et pronostiques de la néphrite.

M. Calabrese (de Naples), *co-rapporteur.* — Les connaissances récemment acquises sur la physio-pathologie du rein ont modifié la thérapeutique des néphrites, en particulier celle des néphrites chroniques.

Etant donné les conclusions du Pr Maragliano, il ne faut pas soigner seulement le rein dans les néphrites, mais il faut encore tenir compte de l'ensemble des échanges organiques, de l'état du tube digestif, du foie, du cœur et des vaisseaux.

En présence d'un individu atteint de néphrite, il faut, avant d'instituer un traitement, faire le dosage de l'albumine, rechercher la toxicité urinaire, apprécier le degré de perméabilité rénale par le bleu de méthylène, la rosaniline, l'iodure de potassium, faire l'épreuve de la chlorurie alimentaire et de l'ovo-albuminurie ; mais les meilleures méthodes thérapeutiques sont celles qui prennent en considération.

a) Le rapport entre les chlorures éliminés et les chlorures ingérés ;

b) Le poids du corps (balance de Chauffard) ;

c) La détermination du rapport azoto-uréique à l'azote total dans les urines et dans le sang.

Tous les individus atteints de néphrite n'ont pas fatalement de la rétention chlorurée, de même que tous n'ont pas fatalement de la rétention azotée.

Le traitement ne peut donc être unique.

Relativement au régime diététique des individus atteints de néphrite, celui-ci peut être varié sans danger; néanmoins il ne faut pas tomber dans l'exagération.

Quelques auteurs ont prétendu qu'à n'importe quelle période de la néphrite on pouvait donner des aliments gras et hydro-carbonés comme à l'état normal. Une telle méthode ne peut donner que de mauvais résultats.

La qualité des aliments permis aux individus atteints de néphrite a été également discutée, relativement à ce qui concerne la valeur des viandes blanches ou noires, l'auteur, conclut en se basant sur des études récentes, que les viandes blanches sont moins nuisibles que les viandes noires.

Les travaux de Achard et Widal ont montré le rôle important du chlorure de sodium dans la production des œdèmes. Le régime déchloruré a une heureuse influence sur les œdèmes des individus ateints de néphrite, mais il est exagéré d'affirmer l'innocuité de tout aliment dépourvu de chlorure de sodium.

D'autre part, des expériences pratiquées à l'état normal et pathologique ont montré que le régime déchloruré prolongé entraîne des troubles digestifs, une augmentation de l'albuminurie et une perturbation dans la nutrition.

Le régime lacté, tout à fait indiqué dans les néphrites aiguës, ne doit pas, dans les néphrites chroniques être prolongé plus de deux à trois semaines; on lui substituera le régime lacto-végétarien.

On ne négligera pas d'autre part la médication diaphorétique diurétique, cathartique.

Calabrese signale les injections de sérum physiologique, les iodures, les ferments métalliques, procédés qui ont été employés avec des succès divers.

L'ingestion d'eau distillée semble avoir donné de médiocres résultats.

Parmi les méthodes récentes, il faut signaler l'opothérapie et la sérothérapie, qui sont nées des notions acquises sur les sécrétions internes. On a successivement employé le produit de macération du parenchyme rénal, le sérum extrait de la veine rénale, le sérum de lapins auxquels avaient été injecté du sérum d'individus atteints de néphrite. L'opothérapie thyroïdienne et parathyroïdienne ont été également employées.

Les résultats sont bien peu encourageants.

Le rapporteur termine son exposé par quelques aperçus sur le traitement chirurgical des néphrites ; la néphrotomie, la néphrolyse, la réno-décortication, sont les procédés opératoires employés.

Dans les néphrites aiguës, l'intervention chirurgicale pourra être tentée lorsque les différents moyens médicaux et même la saignée de la pédieuse, préconisée par Baccelli, auront échoué.

Dans les néphrites chroniques, l'intervention opératoire à des indications assez nettes ; néphrite d'un rein ectopié, néphrite hématurique, néphrite avec néphralgie. *(A suivre.)*

LE XVI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(Suite) (1).

Urologie.

M. Kapsammer (de Vienne), rapporteur. — **La pyélite.** — L'auteur traite dans son rapport, non seulement de la maladie isolée du bassinet, mais aussi de la pyélonéphrite.

Qu'elle soit ou non de nature tuberculeuse, la pyélonéphrite est due le plus souvent à une infection sanguine. L'infection urinaire, rare, exige pour se produire l'insuffisance vésicale et la distension des uretères.

(1) Voir *Prog. Méd.*, p. 462, 475, 497, 510, 519.

Le plus souvent, le colibacille est invoqué comme cause déterminante de la pyélonéphrite. Il existe dans tous les organismes D'autre part, après la mort, dans les cultures, il pousse plus vite que les autres microbes, et masque leur développement.

La pyonéphrose est primitive quand le processus purulent précède la dilatation du bassinet, secondaire dans le cas contraire.

La pyélonéphrite apparaît souvent insidieusement sans signes subjectifs. Les troubles vésicaux, sans lésions vésicales, au cours des pyélonéphrites tuberculeuses, peuvent être considérés comme des troubles réflexes dus à la tuberculose périurétérale.

La pyurie intermittente est caractéristique d'une lésion unilatérale. Elle est due à l'obstruction de l'uretère d'un côté. Cette obstruction peut être progressive ou brusque. Elle s'accompagne dans ce cas de douleurs coliquatives avec fréquentes envies d'uriner.

Jusqu'à présent on ne prête que relativement peu d'attention au diagnostic de la pyélonéphrite puisque, sur un ensemble de 750 autopsies, plus des deux tiers n'ont pas été diagnostiquées.

Le degré de la pyurie n'a pas d'importance au point de vue du pronostic. Le cathétérisme de l'uretère donne au contraire des renseignements précieux, c'est une opération absolument sans gravité. L'examen de l'activité fonctionnelle du rein permet de préciser la participation du parenchyme rénal à l'inflammation.

Le degré de la lésion du parenchyme rénal est très important à connaître, pour une opération éventuelle (néphrotomie ou néphrectomie). Dans les cas de pyélonéphrite gravidique, la thérapeutique opératoire doit être préférée aux entreprises gynécologiques, tant que la viabilité de l'enfant n'est pas assurée.

Dans la thérapeutique non opératoire, le cathétérisme des uretères joue un rôle prédominant. Il permet l'écoulement de l'urine qui séjourne dans le bassinet, le lavage du bassinet ou les instillations.

Souvent les cures d'eaux minérales sont bienfaisantes. Aussi souvent leur prescription imprudente est néfaste (cure d'eaux minérales alcalines dans la pyélonéphrite tuberculeuse, dans la phosphaturie, dans l'hypertrophie de la prostate à la 2e période).

De même que le cathétérisme de l'uretère, le lavage de la vessie exige une technique minutieuse. La dilatation aurait pour effet de repousser dans l'uretère le liquide provenant d'une vessie altérée et enflammée.

M. E. Estor (de Montpellier), rapporteur. — **Résumé du traitement de l'exstrophie de la vessie.** — Parmi les désordres fonctionnels résultant de la malformation désignée sous le nom d'exstrophie de la vessie, il en est trois qui présentent une importance prépondérante ; ce sont : l'*incontinence d'urine*, déterminée par l'absence du sphincter, la *douleur* et la *suppuration*, causées par l'inflammation chronique de la muqueuse vésicale exposée à tous les agents d'irritation et d'infection. L'auteur considérerait comme le traitement de choix celui qui supprimera le mieux ces trois infirmités, prédominantes, *incontinence, douleur, suppuration.*

Après avoir étudié, à ce triple point de vue, la valeur thérapeutique des méthodes qui ont été employées pour la cure de l'exstrophie vésicale (reconstitution autoplastique, suture marginale, dérivation du cours des urines), M. Estor arrive aux conclusions suivantes :

1° Aucune des méthodes proposées pour la cure de l'exstrophie vésicale ne donne des résultats entièrement satisfaisants :

2° La reconstitution autoplastique et la suture marginale doivent être *abandonnées* parce qu'elles sont dépourvues d'action contre l'incontinence d'urine ;

3° M. Estor est partisan de la dérivation du cours des urines ;

4° Parmi les nombreux procédés de dérivation, il en est deux qui ont donné de bons résultats et qui guérissent, non seulement la tumeur et la suppuration siégeant sur le moignon vésical, mais aussi l'incontienence : ce sont le procédé de Maydl et celui de Soubbotine ;

5° Les cas publiés ne sont pas encore assez nombreux pour que l'on soit autorisé à préférer l'un de ces deux procédés à l'autre et à porter sur eux un jugement définitif. On peut, cependant, émettre à leur endroit les trois opinions suivantes :

a) Le procédé de Soubbotine protège mieux que celui de Mayld les opérés contre l'infection ascendante ;

b) Au point de vue de la technique, le procédé de Soubbotine, à cause de la complexité et de la longueur du traitement, est inférieur au procédé de Maydl ;

c) Pour apprécier les résultats obtenus par ces deux procédés, il faut suivre longtemps les malades, Il peut arriver, en effet, que la tonicité du sphincter anal,parfaitement suffisante pendant les premiers temps pour contenir l'urine, diminue peu à peu, au point de laisser persister un certain degré d'incontinence.

M. Georges Luys (de Paris). — **La cystoscopie à vision directe et ses applications.** — M. Georges Luys distingue deux modes d'examen de la cavité vésicale sous le contrôle de la vue ; l'un, la cystoscopie à prisme, consiste à la regarder à travers un prisme et permet de découvrir un large champ d'observation ; l'autre, moins compliqué, permet d'examiner la vessie directement à travers un simple tube droit. Cette dernière méthode créée par Désormaux a été perfectionnée et véritablement rendue pratique par l'auteur, qui a inventé le « Cystoscope à vision directe » qui porte son nom.

Après avoir énuméré les inconvénients de la méthode qui sont : la réduction du champ visuel et le volume plus considérable des instruments, l'auteur insiste sur les avantages de son instrumentation qui sont nombreux.

La vision est directe, la coloration de la muqueuse vésicale reste toujours normale ; l'examen est toujours possible même dans les vessies de petite capacité,dans les cas d'hématurie ou de pyurie accentués, dans les cas de perforation ou de fistules vésicales,enfin au cours de la grossesse et des tumeurs abdominales.

Mais les avantages les plus importants sont tout d'abord : l'ex*traction facile des corps étrangers de la vessie* qui peut se faire directement sous la vue.

Les *cystites* sont,avec cette méthode,traitées directement sous le contrôle de l'œil et d'une manière extrêmement énergique et efficace.

La *lithotritie cystoscopique* est également possible et a été effectuée avec succès par l auteur.

La *biopsie vésicale* est rendue aisée avec cette instrumentation. On peut de cette manière examiner histologiquement des fragments frais de tumeurs vésicales et établir ainsi un diagnostic précis.

Enfin, une des applications les plus intéressantes et des plus importantes de cette méthode est le *traitement des tumeurs de la vessie* par la voie endo-vésicale. Les avantages de ce mode de traitement sont : son innocuité très grande, son efficacité parfaite et sa répétition facile.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la syphilis,par le Professeur Alfred Fournier 3e édition.— Vigot frères, Editeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un vol. in-8°. . . . . 10 fr.

La troisième édition du Traitement de la Syphilis, du Professeur Fournier, associe aux qualités d'un ouvrage depuis longtemps classique l'intérêt d'un livre vraiment nouveau.

L'auteur, en effet, ne s'est pas contenté de mettre son œuvre au courant des acquisitions récentes de la thérapeutique antisyphilitique, dans sa lutte contre les accidents primaires, secondaires et tertiaires. A l'étude raisonnée du traitement de la syphilis en général (la méthode abortive et sa critique, la méthode curative décrite dans tous ses détails, la direction d'ensemble du traitement) s'ajoutent d'importants chapitres sur la *parasyphilis*.

M. Fournier établit, d'après d'importantes statistiques, le moment de l'infection où les accidents parasyphilitiques, sont particulièrement à redouter, c'est-à-dire la période qui constitue par excellence la *phase périlleuse* de la syphilis. Il montre, preuves en main, la nécessité de ne pas s'en tenir exclusivement à l'emploi des agents spécifiques,mais de faire appel à l'hygiène pour écarter tout ce qui peut nuire au malade, toutes les causes qui peuvent servir d'occasions de prétextes, de sollicitations à ce qu'on appelle les « décharges » de la maladie. Il envisage enfin la question d'une innovation thérapeutique pour assurer au malade un supplément de sauvegarde : c'est celle de *cures complémentaires* ou de *renforcement* à faire, non pas suivant le mode habituel pendant les seules premières années de l'infection, mais qui porteraient au contraire sur une très longue période et particulièrement sur la phase périlleuse de la maladie.

G. M.

La Fulguration, sa valeur thérapeutique ; par le Dr Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages,cartonné : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

M. Zimmern expose les résultats obtenus avec la fulguration et montre qu'on devra y faire appel dans nombre de cas : érosions et ulcérations de la peau et des muqueuses, crevasses, en gelures ulcérées, ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses fissures, mal perforant, plaies phagédéniques, ulcères variqueux radiodermites profondes.

Suivant l'étendue des lésions on pourra, suivant les cas, préférer l'étincelle à l'effluve,comme aussi faire précéder l'action électrique d'un curettage préparatoire.

En ce qui concerne le traitement des grand cancers par la fulguration, la question est encore en suspens.

On ne peut encore établir si réellement l'étincelle électrique peut entraver l'extension des cancers et si la cicatrice qu'elle procure est un obstacle à la récidive.

Il n'en est pas moins certain que l'étincelle électrique,collaboratrice de l'œuvre chirurgicale, est susceptible d'apporter un appui à la chirurgie du cancer, directement en accélérant le travail de réparation, indirectement en permettant des interventions plus étendues.

M. Zimmern a exposé avec clarté la technique et l'instrumentation et discuté avec impartialité les résultats obtenus.

Tous ceux qui s'intéressent aux nouvelles liront avec intérêt et profit cette *Actualité médicale*.

G. M.

Traité de Stomatologie, publié en fascicules, sous la direction de MM. Gaillard et Nogué, dentistes des Hôpitaux de Paris.

Le second volume du *Traité de Stomatologie* de MM. Gaillard et Nogué suit à quelques mois d'intervalle le premier,qui était consacré à l'Anatomie de la bouche et des dents

Son ensemble intéresse encore plus directement le praticien.

Dans la *Physiologie de la bouche et des dents*, M. Guibaud expose tout d'abord le rôle de la bouche dans la digestion : les maxillaires et les dents jouent un rôle important dans la mastication. Puis il examine le rôle de la bouche dans la respiration et la phonation.

Le Dr Besson s'est chargé de la *Bactériologie de la bouche et des dents* : les microbes de la bouche occupent une place très grande dans les stomatites, les angines, les maladies infectieuses et aussi dans la carie dentaire.

MM. Dieulafé et Herpin exposent les *malformations et anomalies de la bouche* : anomalies du voile du palais, de la langue, des glandes salivaires, fissures du massif facial, etc.

Le Dr Baudet s'est chargé du *traitement chirurgical des becs-de-lièvre* et de la division congénitale de la voûte et du voile du palais.

Les *anomalies et malformations des dents* comprennent les anomalies de direction des arcades dentaires et des dents, les vices d'implantation et de position, les anomalies de nombre et d'évolution.

Le Dr Fargin-Fayolle expose les *accidents de la première et de la seconde dentition*.

Enfin ce volume se termine par les *accidents de la dent de sagesse*, leur étiologie, leurs variétés, leur pathogénie, leurs symptômes et formes cliniques, leur diagnostic et leur traitement.

H. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la dysenterie amibienne ;

Par M. Ch. DOPTER,

Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le plus souvent, les atteintes bénignes, aiguës de la dysenterie amibienne cèdent aisément à des médications légères, mais les atteintes plus sérieuses, surtout à la phase chronique, où les lésions sont étendues, paraissent souvent rebelles à toute médication et découragent malade et médecin.

Le nombre des médicaments qu'on a imaginés pour guérir la dysenterie amibienne est, pour ainsi dire, incalculable. Chacun cherche à trouver un traitement qui réussisse fatalement dans toutes les atteintes. C'est dire, sans plus insister, qu'un seul d'entre eux ne saurait convenir à toutes. Chacune présente ses indications spéciales suivant l'état anatomique du gros intestin, voire même, comme nous le verrons plus loin, de l'intestin grêle, de l'estomac, et aussi les susceptibilités individuelles avec lesquelles il faut savoir compter.

Il ne faut pas oublier non plus que le traitement médicamenteux n'est pas seul à mettre en œuvre. Toute thérapeutique qui n'est pas associée à un régime spécial et rigoureusement suivi risque fort d'être inefficace. Aussi dans cette étude, envisagerons-nous tout d'abord les divers traitements médicaux et chirurgicaux proposés et la question importante du régime alimentaire auquel le dysentérique amibien doit être soumis.

Traitement médical.

Au début des pages qu'il consacre à ce chapitre, Guillon insiste à très juste titre sur l'inopportunité et même la nocivité du traitement par les *opiacés*. Beaucoup de nos anciens les utilisaient exclusivement, pensant arrêter le flux dysentérique, comme on agit sur un flux diarrhéique. Or la diarrhée, du moins à la période d'état de la dysenterie, ne fait pas partie du syndrome dysentérique; la constipation au contraire en est un des symptômes les plus notoires : l'absence de matières fécaloïdes à cette phase en est la preuve la plus péremptoire.

L'intestin ne doit donc pas être *obturé*, et l'opium, ainsi que les divers absorbants (sous-nitrate de bismuth, etc.), complètement relégués de la thérapeutique. Les opiacés ne doivent être administrés qu'en qualité de calmants, pour apaiser les coliques habituelles ou les coliques provoquées par les diverses médications Je me rallie très volontiers à la formule adoptée par Guillon : si l'on emploie l'opium, il faut avoir la précaution d'en donner très peu, « *assez pour calmer, pas assez pour constiper.* »

Les purgatifs répétés et les lavements antiseptiques sont les deux moyens généraux dont on dispose.

Purgatifs. — Les *purgatifs salins*, le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, le sel de Seignette, etc., sont habituellement les plus employés. Leur action bienfaisante est indéniable dans les formes légères, même de moyenne intensité, surtout quand la phase de chronicité n'est pas encore atteinte.

On les administre à doses fractionnées, et plusieurs jours de suite dans les conditions suivantes : le 1er jour, 20 gr. de sulfate de soude, par exemple, à prendre en plusieurs fois dans la journée : le 2e jour, 15 grammes ; le 3e, 10 grammes, les 4e, 5e et 6e jours, 5 grammes. On peut y associer chaque jour XV gouttes de laudanum de Sydenham, destiné à combattre le péristaltisme et les douleurs abdominales provoquées par ces médicaments.

Il est à signaler que la même quantité de sel ingérée en une seule fois donne des résultats bien inférieurs à ceux que donne l'ingestion par doses fractionnées.

On peut utiliser parfois l'*huile de ricin*, en l'administrant de façon identique, mais beaucoup de malades en ont un dégoût profond, et certains intestins dysentériques ne supportent pas la purgation drastique que le médicament engendre.

Le *calomel* donne habituellement de bons résultats ; il a l'avantage d'avoir les propriétés cholagogues marquées ; il semble plus actif que les purgatifs salins, surtout dans les cas sérieux L'adulte supporte facilement les doses de 0 gr. 80 à 1 gramme, mais on ne peut prolonger son emploi trop longtemps, en raison de l'intoxication mercurielle qu'il amène, et notamment la gingivite et la stomatite. On peut, il est vrai, employer à titre préventif les gargarismes au chlorate de potasse. Il est préférable d'employer le calomel sous forme de *pilules de Segond* :

Ipéca en poudre....................	0 gr. 40
Calomel............................	0 gr. 20
Extrait aqueux d'opium.....	0 gr. 05
Sirop de nerprun.............	Q. S

Pour 6 pilules à prendre de deux heures en deux heures.

Les cas graves bénéficient de cette médication : dans les formes passées à la chronicité, j'en ai observé quelques résultats favorables.

Ipéca. — En matière de dysenterie amibienne, l'ipéca bien administré peut être considéré comme un médicament héroïque dans nombre de cas. Il convient de l'employer soit sous forme de sirop d'ipéca, soit de préférence d'*ipéca à la brésilienne*. Son mode de préparation est le suivant :

Sur 2, 4 ou 8 grammes de racine concassée d'ipéca on verse la valeur d'un verre d'eau bouillante ; après macération pendant plusieurs heures, on décante. Le produit de cette décantation est donné à ingérer au malade.

Béranger-Féraud préfère pour cette préparation la poudre d'ipéca :

Dans un récipient de verre, on verse 2 à 4 ou même 8 gr. de poudre d'ipéca sur lesquels on verse 200 à 300 grammes d'eau bouillante : on laisse reposer pendant 12 heures environ. On décante ; on répète l'opération sur la poudre déjà employée, une 2e et même une 3e fois.

Delioux de Savignac utilise la même méthode, mais il y ajoute 30 grammes de sirop d'opium et 30 grammes d'hydrolat de cannelle.

Les auteurs font prendre la macération obtenue soit en une seule fois, soit de préférence sous forme de cuillerées à bouche d'heure en heure pour éviter les nausées et vomissements.

Il en est de même pour la préparation préconisée par Le Dantec :

8 grammes de racine d'ipéca concassé sont mis en contact avec 200 grammes d'eau. Cette *macération* (ipéca n° 1) est décantée au bout de 24 heures. L'ipéca n° 2 ou *infusion* s'obtient en versant 200 grammes d'eau bouillante sur le marc. Enfin, ce même marc est mis en contact avec une égale quantité d'eau que l'on fait bouillir. C'est l'ipéca n° 3 ou *décoction*. Le Dantec administre ces trois préparations pendant trois jours consécutifs, par cuillerées à café ou à bouche, pour que chaque dose dure 24 heures.

Simaroubées. — Dans certaines colonies, les médecins se sont souvent fort bien trouvés de l'emploi des simaroubées dans le traitement de la dysenterie amibienne. On emploie surtout le Simarouba lui-même, ou plutôt le Kho-Sam.

Simarouba. — On utilise l'écorce de simarouba, que l'on additionne d'eau dans les proportions suivantes (Le Dantec).

On porte à l'ébullition et l'on ajoute X gouttes de Laudanum de Sydenham. Prendre cette préparation pendant plusieurs jours, en deux fois, matin et soir.

Kho-Sam. — C'est la graine du *Brucea Sumatrana*, arbuste de la famille des Simaroubées, introduite dans la thérapeutique par le Dr Mougeot. Il conseille de prendre chaque jour 8 à 12 graines.

Actuellement, le Kho-Sam se vend sous forme de compri-

més (Elkossam). M. Lemoine recommande son emploi de la façon suivante :

1er jour.....	4 comprimés	8 centigr. de kho-Sam	
2e — ...	8 —	15	—
3e — ...	12 —	32	—
4e — ...	8 —	16	—
5e — ...	4 —	8	—

L'action du Kho-Sam est réellement remarquable dans un grand nombre de cas, même ceux qui paraissent rebelles à tout autre traitement. Au 2e ou 4e jour du traitement, après une légère élévation du chiffre quotidien des selles et quelques coliques, le sang disparaît des déjections, puis les selles deviennent fécaloïdes, et leur chiffre touche à l'unité.

Il est vrai d'ajouter que parfois une cure de Kho-Sam est insuffisante pour amener la guérison ; peu de jours après le retour à l'état normal et la cessation du traitement, les phénomènes dysentériques surviennent à nouveau ; après une 2e et même une 3e cure, la guérison peut être considérée comme complète.

Enfin, il faut savoir que tous les malades n'éprouvent pas un tel bénéfice de cette médication. Il en est qui s'améliorent sous son influence, mais le retour au fonctionnement normal du gros intestin ne s'obtient jamais. Il faut souvent un autre mode de traitement pour parfaire la guérison ; il semble en pareil cas préparer l'intestin à subir avantageusement une autre thérapeutique, notamment les lavages antiseptiques.

Lavements antiseptiqeus. — Les malades retirent souvent un bénéfice appréciable de l'action directe d'antiseptiques mis en contact avec le tissu ulcéreux dont le gros intestin est le siège. Ces lavements toutefois, ne sont réellement efficaces que s'ils sont bien administrés.

Le malade doit être dans le décubitus dorsal, légèrement latéral droit ; un coussin doit surélever le bassin. La canule est introduite dans le rectum, doucement, sans brusquerie, et ne doit pas pénétrer à plus de 6 à 8 centimètres ; elle est adaptée à un tube de caoutchouc conduisant à l'embout inférieur d'un bock placé à hauteur d'homme.

On laisse écouler le liquide sans trop forte pression. Une fois que la quantité prescrite est atteinte, le malade doit rester quelques minutes dans la position précédente, puis se tourner de droite et de gauche, alternativement pour que l'antiseptique employé puisse atteindre autant que possible toutes les régions malades.

Suivant le siège supposé de la lésion, les lavements sont de 250, 500 ou 1000 grammes. Chez certains malades, ils provoquent des coliques violentes, accompagnées parfois de syncopes ; il y a lieu de les proscrire pour cette catégorie de sujets.

Enfin chaque lavement thérapeutique doit être précédé d'un lavement évacuateur.

Eau bouillie.— Les lavements d'eau bouillie ont une action indéniable, mais passagère ; ils calment les malades, contribuent à enlever mécaniquement les mucosités adhérentes à la surface de l'intestin, mais ne guérissent pas.

Nitrate d'argent. — Les lavements au nitrate d'argent sont habituellement très efficaces, mais ils ont le grave inconvénient d'être douloureux, de provoquer des coliques assez violentes surtout au début. Aussi faut-il commencer par de petites doses (0 gr. 10 pour 1000) et atteindre progressivement des doses plus fortes (0 gr.30, 0 gr.50). Certains auteurs les ont employés à 1 pour 1000.

Permanganate de potasse.—Assez actif, mais plus douloureux peut-être encore que le nitrate d'argent. Pour les mêmes raisons que précédemment, la progression croissante des doses est indiquée.

On peut commencer à 0 gr.15 pour 1000, et atteindre des chiffres élevés : Gastinel emploie volontiers le permanganate à 0 gr.50 pour 100.

Quinine.— Le sulfate, ou le chlorhydrate, ou le bromhydate de quinine donnent habituellement de bons résultats ; ces derniers sont cependant inconstants : certains malades en bénéficient, d'autres aucunement. On peut donner couramment un lavement de 500 à 1000 gr. avec 2 à 3 grammes des sels précédents.

Créosote.— Zanardini a eu l'idée d'employer la créosote. A. Billet, en France, l'a utilisée avec succès. J'en fais usage avec avantage.

On dissout tout d'abord 1 à 2 grammes de créosote dans un peu d'huile d'amandes douces, ou d'huile d'olive ; on ajoute la quantité d'eau nécessaire (250 à 500 grammes d'eau) et on émulsionne le tout avec un jaune d'œuf.

Ces lavements créosotés ont sur les précédents l'avantage d'être indolores. Ils sont hémostatiques, désodorisants. Dans le plus grand nombre des cas, leur efficacité est incontestable ; au bout de 3 à 5 jours, les selles redeviennent moulées, le mucus disparaît, et le retour à l'état nor mal s'effectue.

Un inconvénient grave est à signaler cependant : certains sujets manifestent vis-à-vis de la créosote une intolérance très marquée, qui se traduit tout d'abord par des urines noires, puis une sensation d'angoisse précordiale, et des syncopes. Aussi convient-il de ne pas prescrire les lavements créosotés à l'aveuglette. Le malade doit être surveillé de très près et on doit les cesser dès le moindre signe d'intolérance. J'ai l'habitude de donner un lavement un jour, puis deux ou trois jours après, jamais deux jours de suite.

Hyperchlorite de soude (*Liqueur de Labarraque*) .— Les propriétés hautement désinfectantes de cet agent ont été utilisées par M. Vincent. Il administre à ses malades au début 2 lavements par jour, en augmentant progressivement les doses de la façon suivante : 8 gr., 10 gr., 12 gr. pour un litre d'eau chauffée à 38°. Après 4 à 8 jours on ne donne plus qu'un lavement quotidien, au taux moyen de 10 à 12 grammes pour 1000. Ce lavement est indolore ; il peut être conservé pendant plusieurs heures ; il n'expose à aucun accident d'intoxication.

Le bénéfice obtenu par ce traitement serait très rapide ; en quelques jours les selles redeviennent normales ; l'état général s'améliore parallèlement si l'on en juge par l'augmentation de poids qui suit l'application de cette méthode.

Ipéca.— On peut administrer aussi l'ipéca en lavements : 2 grammes de décoction de racine concassée pour 250 gr. d'eau. C'est une excellente médication, qui, dans les cas graves, notamment dans les formes hémorrhagiques, peut donner de bons résultats.

Je passe ici intentionnellement sous silence toutes les autres méthodes qui ont été utilisées, car celles qui viennent d'être exposées paraissent être les meilleures. Elles sont efficaces d'une manière générale, mais il est bon de rappeler que l'une quelconque d'entre elles ne convient pas toujours à tous les malades ; tout dépend de l'intensité des lésions, de leur extension, de leur âge, etc. et aussi des susceptibilités organiques de chacun. Aussi ne convient-il pas de les adapter toutes à tous les cas ; le plus souvent il faut « tâter » son malade avec l'une d'elles, et si les effets ne sont pas satisfaisants, savoir varier la médication. De même, certains dysentériques peuvent se trouver bien de l'administration simultanée de lavements antiseptiques et de l'ingestion des médicaments envisagés plus haut (purgatifs, kho-sam etc.). Ce qui revient à dire qu'à chaque malade convient un traitement spécial, et, qu'en thérapeutique comme en clinique, il n'existe pas de maladies, mais des malades.

Enfin, outre ces traitements, il ne faut pas oublier que les dysentériques réclament le soulagement de leurs souffrances ; de plus certaines complications locales peuvent exiger encore un *traitement symptomatique.*

Le *ténesme rectal* peut être atténué par des injections intra-rectales (à l'aide d'une petite seringue ou d'une poire en caoutchouc) d'une solution de cocaïne dans 20 grammes d'eau ; des suppositoires belladonés peuvent être employés

avec avantage ; de même les bains de siège, tièdes ou froids.

Contre les *douleurs abdominales*, c'est encore la médication externe qui convient le mieux : application, répétée s'il le faut, de cataplasmes ou de serviettes chaudes.

La production d'*hémorrhagies* réclame un traitement actif et rapide.

Imposer au malade le repos le plus absolu ; lui faire prendre des boissons glacées ; appliquer des cataplasmes froids sur l'abdomen ; donner de l'ergotine ou du chlorure de calcium, enfin des boissons glacées.

En outre, administrer des lavements au nitrate d'argent suivant la méthode de Trousseau, ou bien, d'après Delioux de Savignac, un lavement albumineux (200 gr.) additionné de nitrate d'argent (0 gr. 05 à 0 gr. 50) et de chlorure de sodium (0gr. 50).

Teinture d'iode...........	5 à	20 grammes
Iodure de potassium....	0 gr. 50 à	1 gramme
Eau distillée.............	200 à	250 grammes

ou bien :

Acide gallique...............	2 à	5 grammes
Eau.......................	200 à	350 grammes

ou bien :

Extrait de ratanhia..............	5 grammes
Eau bouillie......................	250 grammes
Laudanum	X gouttes

Se méfier des lavements au perchlorure de fer qui facilitent le décollement gangréneux de la muqueuse.

Je n'insisterai pas ici sur le traitement des autres complications, se produisant à plus ou moins brève échéance et qui bénéficient des méthodes employées en thérapeutique générale, soit médicale, soit chirurgicale : arthrites, paralysies, hémorroïdes, prolapsus rectal, etc., etc.

Enfin l'état général devra attirer l'attention d'une façon particulière : soutenir les forces, combattre l'anémie souvent marquée par tous les moyens connus.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

On a récemment proposé de soumettre les dysentériques amibiens au traitement chirurgical. Certains auteurs (Folet Sneudonça, Lutz, Paranhos, Curl, etc.) font un anus contre nature au niveau du cæcum. On pratique donc une *cæcostomie*, et, par l'ouverture obtenue, on fait des lavages antiseptiques qui agissent directement sur toute l'étendue de la muqueuse jusqu'à l'anus naturel. D'autres (P. Manson) préconisent l'*appendicostomie* Après la laparatomie, on découvre l'appendice, on le fixe à la paroi, on l'ouvre. Par l'ouverture produite on introduit les liquides de lavage.

Ces méthodes auraient donné d'excellents résultats. Sur 11 malades ainsi traités, Curl n'enregistre que 2 décès. Il conseille d'opérer en deux temps, et de n'ouvrir l'intestin que 24 à 48 heures après l'ouverture de l'abdomen. Il ne se montre pas partisan de l'appendicostomie pour les raisons suivantes : la circulation de l'appendice est souvent compromise, entraînant ainsi la gangrène ; puis l'appendice fournit habituellement une sécrétion abondante qui contribue à donner naissance à un trajet fistuleux qu'il devient difficile d'oblitérer.

L'avenir seul dira ce qu'il faut espérer de ces tentatives hardies qui ne peuvent être pratiquées que sur des formes de moyenne intensité ; les faits d'observation montrent que les cas graves n'en bénéficient aucunement.

RÉGIME ALIMENTAIRE DES DYSENTÉRIQUES AMIBIENS.

Rien ne demande à être davantage surveillé que le régime alimentaire des dysentériques amibiens sous peine de compromettre la guérison ; or on sait combien ces malades sont indociles à cet égard ; ils sont capables de toutes les fraudes pour tromper la confiance du médecin.

Le repos de l'intestin doit être observé et obtenu le plus possible. Le régime lacté absolu paraît remplir les conditions indispensables ; aliment complet et de digestion facile, sans beaucoup de résidu et réclamant de la part du tube digestif le moins de travail possible.

Le lait doit d'abord être donné pur, tant que le malade le supporte ; quand il commence à en éprouver du dégoût, on peut le couper avec les eaux du Boulou, d'Evian, de Vals, de Vichy, ou encore avec de l'eau de chaux (10 à 20 grammes par litre) de l'eau de riz, de l'eau albumineuse, du thé léger. Les laits aigris peuvent être employés utilement ; à cet égard, le képhir rend parfois des services inappréciables.

Le lait doit être ingéré par petites gorgées très souvent répétées, c'est d'ailleurs un moyen de le faire prendre aux malades qui éprouvent de la répugnance naturelle pour cet aliment ; puis, avalé en grande quantité, il provoque des borborygmes avec coliques. Il doit être ingéré chaud, le lait froid donnant des coliques.

C'est en somme l'aliment de choix pour les dysentériques mais il faut savoir que certains tubes digestifs ne peuvent le supporter, en raison des fermentations parfois énormes qu'il y amène. Le gros intestin n'est pas toujours seul malade en effet dans la dysenterie amibienne ; les dernières portions de l'intestin grêle, sans être atteintes d'ulcérations, sont souvent en état de catarrhe : la sécrétion des sucs digestifs peut être viciée et laisser libre cours aux microbes de la fermentation. Or chez de tels malades, le lait occasionne une exagération des phénomènes intestinaux, de la diarrhée ; avec la cessation du régime lacté, tout rentre dans l'ordre ; il faut leur donner une autre alimentation qui leur convienne et n'entrave pas l'action bienfaisante des traitements médicamenteux qu'exige leur état intestinal.

On conseillera en ce cas des farines (farines d'avoine, racabout, etc.), des purées (purées de pois, de lentilles, de pomme de terre, etc.) mais à la condition expresse qu'elles soient préparées sans addition de lait. Il en est de même pour les pâtes (macaroni, nouilles, etc).

Certains auteurs recommandent aussi le jus de viande et la viande crue, sous forme de pulpe de viande. Cette dernière n'est pas toujours bien supportée par le tube digestif.

Ces aliments font aussi partie du régime que l'on donne consécutivement au régime lacté des malades qui ont pu s'y soumettre. S'ils le supportent bien, il est préférable de les laisser environ deux semaines au régime lacté, comptées à partir du jour où l'on a constaté le retour complet et constant à une selle normale. Puis on peut prescrire, en progression croissante : les purées, pâtes, des crèmes variées, puis les œufs, enfin les viandes blanches, volailles, poisson très frais, cervelles, ris de veau, puis noix de cotelettes, bifteacks maigres, rognons grillés, jambon ; mais à la moindre alerte, à la moindre menace de récidive, le régime lacté s'impose immédiatement.

Comme boisson, la bière et le vin blanc conviennent le mieux. Dans la journée, l'eau de riz est à conseiller.

Enfin, un mode de traitement qui a son importance, c'est le *rapatriement*, grâce auquel beaucoup de malades se remettent rapidement, plus rapidement, certes, que s'ils continuent à être soignés sous les climats chauds dont l'influence débilitante est ainsi évitée.

PATHOGÉNIE

La conception actuelle de la myocardite typhique ;

Par Etienne CHABROL et Paul BAUFLE,

Internes des hôpitaux de Paris.

Au cours de la fièvre typhoïde, vers la fin du deuxième septénaire, l'attention est parfois attirée par la chute plus ou moins rapide de la courbe thermique : un malade qui, la veille au soir, avait encore 39° ou 40°, ne présente plus le lendemain que 37° ou 36°5 et cette hypothermie, parfois très accusée, peut atteindre 35° (température axillaire) comme l'a signalé M. Hayem. On songe alors aux complications habituelles de la dothiénentérie : la perforation, l'hémorragie intestinale, la myocardite. A cette dernière appartient le tableau clinique que Wunderlich a décrit sous le nom de *collapsus cardiaque*.

✦

Le choc précordial devient faible, presque insensible, le pouls filiforme ; les extrémités se cyanosent et se refroidissent ; le visage est terne, bleuâtre, grippé ; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes violacées, le nez froid ; une sueur visqueuse couvre les tempes ; le regard est fixe, sans expression, les paupières demi-closes ; les mouvements sont faibles et incertains, la prostration extrême.

Mais cet ensemble symptomatique ne se révèle point toujours avec la même intensité ; il s'installe d'ordinaire insidieusement, sans troubles fonctionnels appréciables : rarement le malade se plaint d'une douleur dans la région précordiale, et lorsqu'il éprouve de la dyspnée, ce signe est en rapport avec la congestion pulmonaire. C'est un examen quotidien qui révélera les signes progressifs de l'affaiblissement du myocarde : en premier lieu survient la diminution de l'impulsion cardiaque, puis sa disparition coïncidant avec l'assourdissement du premier bruit, tandis que le deuxième conserve au contraire sa netteté habituelle. A ces symptômes se joignent la rapidité du pouls, sa diminution d'amplitude, et cet ensemble permet de prévoir l'hypostase et la congestion pulmonaire, sinon l'apparition immédiate de phénomènes de collapsus.

Quelle que soit la gravité de ces accidents, leur évolution est rarement brutale et diffère entièrement du tableau clinique que le Pr Dieulafoy a mis en relief dans sa thèse de 1869.

« Les deux premiers septénaires avaient été traversés « sans encombre ; la température commençait à baisser, « le malade se sentait mieux et réclamait à manger ; la « convalescence s'annonçait lorsque, tout d'un coup, sans « angoisse et sans avertissement, le malade devient d'une « extrême pâleur ; il est pris de quelques mouvements « convulsifs et meurt, la scène entière ayant duré moins « de temps qu'il n'en faut pour la raconter : c'est ainsi « qu'on meurt subitement dans la fièvre typhoïde et sur « vingt observations prises au hasard, les trois quarts pré« sentent le même tableau clinique. »

Il existe une opposition schématique entre la description du collapsus donnée par Wunderlich et le brutal dénouement dramatisé par Dieulafoy. Cependant tous les intermédiaires rattachent ces deux syndromes et nous en trouvons la preuve dans la phase prodromique qu'on a voulu décrire *à la mort subite*.

A plusieurs reprises, durant les jours qui précédèrent la mort, le malade avait éprouvé une dyspnée soudaine et la respiration s'était notablement accélérée ; il avait ressenti une angoisse des plus vives ; ou bien de légères défaillances avaient précédé le véritable état syncopal. Tel autre, au milieu de l'agitation et du délire, symptômes habituels de l'intoxication typhique, avait été pris de mouvements convulsifs. Convulsions, crises syncopales, dyspnée *sine materia*, seraient pour beaucoup d'auteurs des signes précurseurs de la mort subite. Ces accidents laissent au deuxième plan les signes qui ont permis d'édifier différentes théories pathogéniques, et l'albuminurie, le météorisme abdominal, la fréquence habituelle des hémorragies ne présentent aucune particularité pour faire prévoir le danger qui menace. Il est cependant un autre caractère auquel M. Hayem accorde une grande importance : nous voulons parler des intermittences du pouls. Mais des observations multiples n'en ont point vérifié la fréquence, et ce signe, principal argument d'une conception pathogénique, ne semble pas appartenir au tableau habituel de la mort subite dans la dothiénentérie.

***

Comment interpréter le collapsus cardiaque et la mort subite, dont l'évolution et les caractères cliniques diffèrent sensiblement ?

D'après Hayem, *la myocardite serait à leur base.* « Sur la table d'autopsie, le cœur s'affaisse mou et étalé ». Son tissu plus ou moins décoloré prend souvent une teinte jaunâtre, feuille morte, et parfois il présente des stries et des plaques rougeâtres qui indiquent les suffusions hémorragiques ; sa consistance est notablement diminuée et sa friabilité anormale, les cavités cardiaques sont dilatées et renferment des caillots fibrineux.

A l'examen microscopique, les dégénérescences granulo-graisseuse, vitreuse et vacuolaire se répartissent inégalement en différents points de la même fibre cardiaque et ces altérations disséminées çà et là peuvent très bien échapper à un examen superficiel (Hayem). Le faible degré des lésions nucléaires contraste avec la dégénérescence du sarcoplasme ; mais le tissu interstitiel est également le siège d'une inflammation plus ou moins circonscrite et les vaisseaux présentent une multiplication des éléments cellulaires de la tunique interne qui réalise une véritable endartérite parfois très étendue (Landouzy et Siredey).

Infiltration lymphoïde portant sur le tissu conjonctivo-vasculaire, lésions dégénératives intéressant la fibre cardiaque, tels sont les deux processus qui traduisent l'un et l'autre l'inflammation du myocarde.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette description anatomique et nous rappellerons pour mémoire l'histogenèse de ces lésions. Bien que le bacille d'Eberth ait été trouvé au niveau du myocarde (Chantemesse et Widal), le rôle prédominant revient néanmoins à la toxine typhique. Dans ces dernières années, certains auteurs se sont demandés si des infections associées à la fièvre typhoïde, la staphylococcie, la streptococcie, par exemple, ne pouvaient aider à réaliser la forme cardiaque ; mais dans une récente communication au Congrès de médecine de Genève (septembre 1908), F. Arloing a contesté cette hypothèse en s'appuyant sur des faits expérimentaux.

A l'heure actuelle, on discute uniquement sur la priorité des lésions parenchymateuses ou des lésions interstitielles. Suivant en cela l'opinion de Wirchow et de Zenker, Weber et Blind considèrent la dégénérescence du sarcoplasme comme la première en date, tandis qu'avec Hayem, Landouzy et Siredey, Rabot et Philippe ont insisté sur les lésions initiales de la trame conjonctive.

Quelle que soit la théorie invoquée, deux faits restent acquis : il existe une myocardite typhique traduisant l'altération simultanée de l'élément noble et du tissu interstitiel ; elle rappelle par ses caractères la myocardite de la variole, de la diphtérie, de l'érysipèle et, comme pour ces dernières, on retrouve à son origine la même notion de toxicité.

***

Depuis longtemps déjà l'altération de la fibre cardiaque avait été signalée au cours de la dothiénentérie. Louis, Chomel, Laënnec, en avaient rapporté des exemples ; ce fut Griesinger qui lui attribua un rôle essentiel dans le mécanisme des phénomènes de collapsus et des hypostases pulmonaires : il soupçonna la faiblesse du cœur dégénéré de favoriser la formation de caillots, de déterminer quelquefois des syncopes mortelles.

Ce qui avait été avancé d'une manière presque timide par Griesinger fut élevé par M. Hayem à la hauteur d'une théorie : en 1869, *M. Hayem accuse les altérations du myocarde d'amener chez le typhique l'arrêt brusque du cœur et la mort foudroyante.*

« Ayant pour elle le critérium toujours respectable de l'a- « natomie pathologique, cette manière séduisante d'en- « visager un fait encore obscur parut au début devoir ral- « lier tous les suffrages. » (Dewèvre). Les publications successives de M. Hayem développent cette conception et l'étude des lésions cardiaques est reprise par Lorain en 1871, tandis qu'en 1877 Renaut et Landouzy signalent une nouvelle altération caractérisée par la fragmentation des fibres musculaires.

Cependant on remarque bientôt que la dégénérescence du myocarde, évidente chez quelques sujets, ne pouvait être toujours constatée. Le mémoire de Dewèvre, qui porte sur 142 observations de mort subite, mentionne 16 fois la teinte feuille morte du myocarde ; dans 15 autres cas, la fibre cardiaque était atteinte d'une dégénérescence granuleuse ou graisseuse constatée au microscope ; d'autres fois enfin il existait une endartérite proliférante des petits vaisseaux ; 34 observations sur 142, telle est la statistique des lésions cardiaques lorsque la mort est survenue brusquement.

On a prétendu, il est vrai, que ces altérations très discrètes ne pouvaient être étudiées sur une seule coupe microscopique ; mais l'examen pratiqué par des histologistes comme Cornil, Ranvier, Malassez est resté souvent négatif et, il faut le reconnaître, dans bien des cas de mort subite, la dégénérescence cardiaque n'existe point.

D'ailleurs si l'on examine attentivement les observations de mort subite qui relatent cette dégénérescence, on remarque des caractères particuliers dans l'évolution même des symptômes ; le tableau clinique est en effet celui du collapsus et relève plutôt de l'adynamie générale et de l'état de la circulation pulmonaire. Il s'agit ici de la forme cardiaque de la dothiénentérie qui ne représente point un accident brutal, mais se développe en plusieurs jours sans aboutir fatalement à un brusque arrêt du cœur.

Les différences s'exagèrent encore si l'on envisage la date des accidents ; nous avons vu que la mort subite survient le plus souvent au début de la convalescence, c'est-à-dire à une époque où les altérations parenchymateuses sont en voie de décroissance, sinon dans une phase de réparation ; la forme cardiaque au contraire est d'ordinaire plus précoce.

Enfin un dernier argument peut être invoqué contre l'opinion de M. Hayem ; il nous est fourni par l'étude de la myocardite au cours des différentes maladies infectieuses. Les lésions cardiaques sont peut-être plus fréquentes dans le typhus, la variole, la diphtérie, et cependant la mort subite est une exception.

Pour ces raisons, le terme de myocardite n'est point synonyme de mort subite, comme tendait à l'admettre la théorie de M. Hayem et il existe bien une dualité anatomique à laquelle correspond nettement un double tableau clinique, la mort subite et la forme cardiaque de la fièvre typhoïde.

Le *collapsus cardiaque lui-même relève t-il toujours de la myocardite* ?

On remarqua d'abord que la disparition du premier bruit du cœur n'entraînait pas nécessairement un pronostic fatal ; sous l'influence des bains froids, la fréquence excessive du pouls, ses inégalités, ses intermittences, peuvent souvent s'atténuer et même entièrement disparaître ; c'est ainsi qu'en 1894 M. Siredey rapportait à la Société médicale des hôpitaux la guérison d'un typhique dont le pouls s'était maintenu pendant huit jours au-dessus de 150 et qui avait présenté des accès de dyspnée et des tendances syncopales. Dans la même discussion, M. Huchard insista sur trois phénomènes ; l'affaiblissement ou la disparition du premier bruit, l'embryocardie, l'allongement de la pause diastolique ; il ne les attribua point à la myocardite typhique. Cependant M. Hayem prétendit qu'en pareil cas il existait toujours des altérations du myocarde ; d'après lui, ces lésions passeraient souvent inaperçues : « pour les trouver, il ne faut pas se conten- « ter, comme on le fait trop souvent, d'une simple dilacé- « ration du cœur ; il faut examiner de nombreuses cou- « pes, car la dégénérescence se présente en foyers isolés..., « d'ailleurs la disparition du premier bruit à la base n'est « pas toujours facile à constater et l'irrégularité persis- « tante des bruits du cœur prouve d'ordinaire que le malade « est gravement atteint. »

Mais cette objection d'ordre anatomique fut encore contestée et Huchard mit en parallèle les petites lésions anatomiques des fièvres qui se terminent si souvent par la mort et même par la mort subite et les lésions considérables de la cardio-sclérose, qui laissent seulement intactes quelques rares fibres musculaires mais permettent cependant une survie prolongée. A ne considérer que les altérations de la fibre myocardique dans les fièvres, on peut dire « petites lésions pour de grand effets, car il m'est arrivé de ne constater souvent à l'autopsie qu'une dégénérescence à peine accusée de la fibre cardiaque à la suite de la fièvre typhoïde. »

La thèse de Willaume fournit d'ailleurs 21 observations très concluantes ; elle établit qu'en l'absence de toute altération de la fibre musculaire du cœur, il se produit des accidents graves, caractérisés par les symptômes suivants : accélération, faiblesse du cœur et du pouls, arythmie ; par des phénomènes de stase viscérale et périphérique (engouement pulmonaire, cyanose et refroidissement des extrémités, abaissement considérable de la tension artérielle) et par la mort subite assez fréquente.

La myocardite typhique se trouvait ainsi contestée, au double point de vue de la clinique et de l'histologie.

Dans la même séance, M. Rendu propose d'expliquer les symptômes de collapsus par des troubles de l'innervation cardiaque. « Sans vouloir nier la réalité parfaitement démontrée de la myocardite des états infectieux, je crois qu'on exagère souvent la fréquence de cette complication. A mon avis, on ne tient pas suffisamment compte *des troubles de l'innervation cardiaque* qui jouent très certainement un rôle important dans la symptomatologie. Combien de fois ne voit-on pas, au cours d'une fièvre typhoïde, la tachycardie, l'affaiblissement du pouls et de la tension artérielle, l'arythmie, survenir chez des sujets qui, quelques jours après, entrent en convalescence, récupèrent très rapidement l'énergie de leurs contractions ventriculaires et dont le cœur se remet à fonctionner sans aucune défaillance. Il me paraît probable que dans ces cas l'affaiblissement de l'influx nerveux et la parésie du pneumogastrique interviennent au moins autant que les altérations de la structure de la fibre musculaire et que l'on n'est pas autorisé à diagnostiquer la myocardite dès que survient le collapsus cardiaque ». Dans la séance suivante, M. Huchard confirme cette opinion : « A côté de l'asystolie d'origine cardio-vasculaire, il y a lieu de placer l'asystolie d'origine nerveuse ; la première caractérisée par des troubles de la circulation, la seconde par des troubles de l'innervation ; celle-là plus particulièrement traitable par la digitale, celle-ci pouvant être heureusement modifiée par d'autres agents...

Dans les fièvres, il n'y a pas que des myosites, que des artérites infectieuses, il y a aussi des névrites infectieuses et celles-ci peuvent se localiser sur les appareils d'in-

nervation cardiaque ». Une nouvelle distinction s'établissait ainsi entre les divers accidents de collapsus et l'inconstance des lésions dégénératives justifiait cette opposition.

Aux données anatomiques et cliniques manquait une preuve expérimentale : ce sont les travaux de M. Chantemesse qui l'ont apportée. Cet auteur a pu reproduire la myocardite typhique et préciser le rôle physiologique de la toxine éberthienne sur les centres régulateurs du cœur.

L'injection de toxine à doses faibles et répétées détermine dans le myocarde l'apparition de plaques de sclérose et d'après M. Chantemesse, cette sclérose serait « d'origine musculaire, dégénérative, mais non inflammatoire ». A doses plus fortes, la toxine entraîne la mort en l'espace de vingt-quatre heures et, à l'autopsie de ces formes rapides, on constate dans le cœur une véritable réaction inflammatoire avec infiltration leucocytaire, congestion sanguine, œdème périfasciculaire ; mais la lésion principale consiste en une dégénérescence aiguë de la fibre musculaire : ses disques sont fusionnés, elle perd son apparence striée et autour des noyaux la zone protoplasmique subit une dégénérescence vacuolaire plus ou moins accentuée. Tous ces faits confirment expérimentalement l'existence de la myocardite typhique.

Les recherches de MM. Chantemesse et Courtade précisèrent encore des notions d'ordre physiologique. Injectée sous la peau d'une grenouille, la toxine typhique détermine un ralentissement du cœur de plus en plus prononcé, aboutissant finalement à son arrêt en diastole. MM. Chantemesse et Lamy ont d'ailleurs repris cette expérience en pratiquant la circulation artificielle dans le cœur de la tortue avec du sang défibriné de lapin normal ; ils ont constaté que les contractions cardiaques restaient parfaitement régulières durant vingt-quatre heures environ ; mais si l'on ajoute au sang défibriné une certaine dose de toxine typhique, on voit apparaître des troubles caractéristiques : en quelques heures les battements se ralentissent, deviennent plus faibles et finalement le cœur s'arrête en diastole : à ce moment ni l'électrisation, ni le passage de sang frais ne peuvent ranimer les battements cardiaques.

Un fait de haute importance fut en outre précisé au cours de ces expériences. Sur le cœur de cobayes soumis à l'intoxication éberthienne, les cellules nerveuses présentaient des altérations manifestes ; elles avaient subi des modifications morphologiques : arrondies, sans prolongements, elles renfermaient un noyau en dégénérescence ; elles étaient moins nombreuses qu'à l'état normal ; enfin, dans leur intervalle, des leucocytes traduisaient la réaction inflammatoire du ganglion nerveux.

Grâce à l'expérimentation, le rôle de la toxine typhique sur les centres cardiaques était prouvé par des arguments physiologiques et anatomiques.

***

Nous venons de suivre les différentes phases que traversa la conception de la myocardite typhique.

Au début, la myocardite explique tous les accidents cardiaques de la dothiénenterie ; mais bientôt la clinique établit une différence entre la mort subite et l'état de collapsus ; l'histologie montre en outre l'inconstance de la dégénérescence cardiaque, et la mort subite n'est plus considérée comme synonyme de myocardite ; ce terme est réservé aux accidents de collapsus.

Myocardite et collapsus subissent à leur tour un nouveau démembrement. On met en cause le système nerveux régulateur du cœur : ses troubles expliquent les intermittences et la rapidité du pouls, l'embryocardie qui peuvent survenir dans la fièvre typhoïde, sans que le pronostic soit pour cela fatal. Cette conception nouvelle trouve sa justification dans les données cliniques, dans les recherches histologiques, dans l'expérimentation.

Le domaine de la myocardite typhique se trouve diminué ; son existence n'est cependant pas contestable ; les premières descriptions anatomiques conservent toute leur exactitude et la bactériologie, qui a montré la présence du bacille d'Eberth au niveau du tissu interstitiel du myocarde, l'inoculation de toxine, qui réalise la dégénérescence de la fibre cardiaque, constituent en sa faveur de nouveaux arguments qui nous ont été fournis par les recherches modernes.

Seule sa fréquence est discutée et ce fait, bien mis en relief aujourd'hui, prend une grande importance au *point de vue thérapeutique*. Lorsqu'un typhique présente des accidents cardiaques, il est parfois dangereux de recourir à la digitale et à la caféine ..« le poison typhique agit comme la digitale à dose toxique en produisant une accélération paralytique du cœur ; c'est ce qui explique la contre-indication et les mauvais effets de ce médicament dans certaines formes cardiaques de la dothiénenterie, car alors la digitale devient en quelque sorte complice de la maladie » (Huchard).

Ces réserves thérapeutiques ne feront cependant pas méconnaître l'asystolie et le collapsus qui chez le typhique sont justiciables des toniques cardiaques, et comme conclusion de cette étude, nous admettons que les toxines sécrétées par les microbes pathogènes peuvent aussi bien porter leur action sur le système nerveux que sur le tissu musculaire. Les opinions opposées se trouvent d'ailleurs confirmées par M. Hayem : « Les altérations de la fibre cardiaque dans la fièvre typhoïde sont sous la dépendance d'altérations du sang dont les mauvais effets retentissent sur tous les organes peut-être, sur le système nerveux certainement ».

BIBLIOGRAPHIE

Bacaloglu. — Le cœur dans la fièvre typhoide. *Th. de Paris*, 1900.

Barère.— Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoide. *Th. de Paris*, 1878.

Barié. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde. *Revue de clinique et de thérapeutique*, mai 1888.

Bernheim. — Forme cardiaque de la fièvre typhoïde. *Congrès de la Rochelle*, 1882.

Brelet. — La mort subite dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Arch. gén. de médecine*, sept. 1906.

Calamet. — Etude clinique de la myocardite typhique chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1902.

Chantemesse et **Ramond**. — La fièvre typhoïde expérimentale. *Soc de Biologie*, juillet 1897.

Chantemesse et **Widal**. — De la septicémie typhoïde. *Soc. médicale des hôpitaux*, mars 1890.

Chauffard. — Myocardite typhique. *Semaine médicale*, 1891.

Demange. — De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. *Revue de médecine*, 1885.

Dewevre. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde. *Arch. gén. de médecine*, 1887.

Dieulafoy. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Th. de Paris*, 1869.

Galliard. —Déterminations cardiaques de la dothiénenterie. *Arch. gén. d médecine*, mai-juin 1891. — Disparition du premier bruit cardiaque à la base et pronostic de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1894, juin.

Gilbert. — Manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1902.

Grisinger. — Maladies infectieuses, 1877.

Hayem. — Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. *Progrès médical*, 1875.

Huchard. — Etude critique sur la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde. *Union médicale*, 1877.

Huchard. — Sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres. *Soc. médicales des hôpitaux*, juillet 1894.

Landouzy et **Siredey**. — Etude des localisations angiocardiaques typhiques ; leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées. *Revue de médecine*, 1887.

Le Gendre. — Thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Malherbe. — Valeur diagnostique et pronostique du pouls dans la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1883.

Maupin. —Etiologie et pathogénie des troubles cardiaques au cours de la fièvre typhoïde. *Th. de Lyon*, 1907.

Peter. — Myocardite dothiénentérique. *Semaine médicale*, 1891.

Remlinger. — Fièvre typhoïde expérimentale. *Soc. de Biologie*, juillet 1897.

Willaume. — De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. *Th. de Nancy*, 1887.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les concours d'internat et l'anonymat.

Bien qu'il soit entendu que c'est de Paris que nous vient la lumière, il n'est peut-être pas inutile de montrer que de temps en temps la province sait très bien s'éclairer toute seule. Ainsi mon excellent confrère Milian, qui s'est fait le champion, à deux reprises (1), de l'anonymat des copies au concours de médecins des hôpitaux, ne sera pas surpris d'apprendre que cette expérience, tentée à Bordeaux dès l'an dernier, au concours d'internat, a été couronnée de plein succès.

En voici la preuve, d'après le rapport que j'ai lu à la *Réunion médico-chirurgicale* de Bordeaux, le 19 janvier 1909.

Lorsque le vendredi 16 octobre 1908, à huit heures et demie du matin, le jury du concours d'internat, composé de : MM. Demons, président, et Du Magny, Auché, Lagrange, Pousson, Verdelet et Cruchet, membres, fut constitué, l'ancien règlement du concours d'internat avait fini de vivre. Cette date marque donc, dans l'histoire générale des concours de l'internat français, et de l'internat bordelais en particulier, une étape mémorable qu'on ne saurait trop souligner. Alors que nos collègues des hôpitaux de Paris, malgré des polémiques ardentes, des articles nombreux et des projets de réforme répétés, n'ont pu réussir encore, depuis dix ou quinze ans, à rien modifier à leur concours suranné, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que nous, provinciaux de Bordeaux, avons abouti en six mois. En cela, nous ne faisons que suivre les vieilles traditions séculaires de nos ancêtres bordelais, qui avaient institué le concours de leurs « garçons ». — internes d'aujourd'hui, — dès 1736, c'est-à-dire soixante-six ans avant l institution du même concours par les hôpitaux de Paris, lequel, comme on le sait, ne remonte qu'à 1802. Par suite, si les réformes que nous venons de faire sont excellentes, comme il est permis de le penser, il est tout à fait vraisemblable qu'elles auront quelques chances d'être adoptées dans soixante-six ans d'ici par nos collègues parisiens.

En attendant leur approbation, je m'en vais, dès ce jour, au nom du premier jury qui a appliqué le nouveau régime, vous en faire connaître les résultats.

Ces résultats peuvent être envisagés par rapport aux candidats, aux juges et à l'opinion publique.

Côté candidats. — Les candidats, n'ayant plus à lire leur copie eux-mêmes, ont été mis dans l'impossibilité de tricher ; on n'a donc pas eu à déplorer les fâcheux errements qui s'étaient donné libre cours les précédentes années et tendaient de plus en plus à abaisser le niveau moral de l'internat ; on peut se demander toutefois si certains candidats n'ont pas perdu le bénéfice d'une bonne lecture, faite par eux mêmes : notre collègue Lagrange, en répondant que le concours d'internat n'était pas un concours de lecture, a fait pleinement justice de cette objection, qui peut s'adresser aussi bien aux juges transformés en lecteurs. Il est évident, en effet, qu'au sein du jury, certains juges détaillaient les copies avec un art consommé, tandis que d'autres lisaient d'une voix aussi consciencieuse que terne. Mais de tout temps on a connu des candidats remarquables qui lisaient lamentablement et ont réussi, tandis que d'autres, de qualité scientifique très inférieure, bien qu'ayant lu à la perfection, ont échoué. Pourquoi viendrait-on maintenant critiquer chez le juge lecteur ce qu'on avait pris l'habitude d'accepter chez le candidat lecteur ? De plus, celui qui lit juge assez mal, ne prend pas de notes — et se trouve ainsi en état d'infériorité vis-à-vis de ses collègues ; il est donc juste que cette infériorité soit partagée par chaque juge successivement. Le système adopté par le jury de faire lire les copies à tour de rôle par chacun de ses membres paraît donc être le plus sûr et le meilleur : la valeur intégrale des copies ne paraît pas, en tous les cas, en avoir souffert, et ce résultat seul doit compter.

Côté juges. — Il y a à considérer, d'une part, la durée du concours, et, d'autre part, son appréciation. On avait craint, en effet, que la durée du concours fût notablement accrue du fait de la lecture par le jury, et aussi du fait de l'augmentation des matières : physiologie, dans la première épreuve portée de trois à quatre heures de durée, et adjonction d'une troisième épreuve dite *de salle de garde*. Les événements ont trompé ces prévisions. En six séances, qui ont rarement dépassé trois heures de durée, la lecture des copies de la première épreuve a été effectuée : or, il a été lu exactement 48 copies, ce qui met une moyenne de 8 copies par séance, chiffre qui est plutôt supérieur à la moyenne générale des précédents concours, où les candidats lisaient un temps sensiblement égal de deux heures et demie à trois heures, mais où la discussion, suivant immédiatement, demandait en moyenne trois quarts d'heure à une heure de supplément. Ici, par suite du huis-clos, les copies, dès leur lecture, pouvaient être immédiatement discutées et cotées, ce qui entraînait un gain de temps très manifeste, pour la double raison qu'on les avait chacune plus présentes à l'esprit dans leur ensemble, et que la discussion, s'adressant à une copie dont on ignorait l'auteur, ne s'éternisait point.

Quant à la troisième épreuve, dite *de salle de garde*, elle n'a demandé que deux séances supplémentaires, qui ont pu être tenues dans la même journée et ont duré cinq heures en tout : or, comme avec la première épreuve il y avait eu cinq à six heures de gain de temps, on voit qu'en définitive la durée du concours a été sensiblement égale à ce qu'elle était dans les concours précédents.

Reste l'appréciation du concours : il semble qu'elle ait plutôt gagné au nouveau régime. Si on compare, en effet, les épreuves faites sous le couvert de l'anonymat (c'est-à-dire les épreuves écrites) et celles exposées publiquement (comme la deuxième épreuve, épreuve orale, qui n'a pas été changée), il est certain qu'il y a une différence sensible. Alors que les juges, en ce qui concerne les épreuves anonymes, se sont mis à peu près sensiblement d'accord sur la cote et la valeur des copies, il n'en a pas été de même en ce qui concerne l'épreuve orale, où chaque candidat défendait oralement sa chance : les écarts de points entre certains juges ont pu varier du simple au double et même au triple. Or, comme c'étaient bien les mêmes juges qui appréciaient les épreuves anonymes et celles qui ne l'etaient pas, il est logique de conclure que la méthode de l'anonymat est encore celle qui paraît donner les résultats les meilleurs.

A ce point de vue, malgré certaines critiques, il est beaucoup mieux que la troisième et dernière épreuve — qui est écrite et anonyme — ait été repoussée à la fin du concours et n'ait pas lieu avant l'épreuve orale : elle semble, en effet, tempérer les quelques écarts que peut provoquer l'épreuve orale publique, et remet ainsi les choses au point. Ce qu'il y a de sûr, c'est que, dans le concours d'octobre-novembre dernier, les 9 premiers candidats classés à la première épreuve — écrite et anonyme — ont été exactement les mêmes, à un près, qui, malgré quelques chutes dangereuses à l'épreuve orale, ont passé le poteau d'arrivée après la troisième épreuve, également écrite et anonyme. Et

(1) Bulletin du *Progrès médical*, 22 mai et 16 octobre 1909.

encore, celui des neuf premiers de la première épreuve qui est resté définitivement sur le carreau après la dernière épreuve a-t-il été remplacé par celui qui était classé le dixième de la première épreuve. Il paraît donc difficile, à en juger par ces quelques faits, de ne pas trouver excellents les résultats de ce concours.

Côté opinion publique. — Le côté opinion publique, qu'il nous reste à considérer, est à son tour unanime dans son approbation. L'identification des copies, faite en séance publique et entourée de tous les soins désirables pour éviter toute cause d'erreur ou toute supercherie, a été très goûtée. S'il y a eu des surprises, elles ont été peut-être moins du côté candidats que du côté juges : car tous les candidats qui ont eu les meilleures notes et qui, finalement, ont été reçus, sont précisément ceux qui, dans les conférences d'internat, étaient le plus considérés comme sérieux par leurs camarades eux-mêmes.

En conclusion, il semble donc que les résultats du nouveau régime du concours de l'internat 1908 ont donné satisfaction à tout le monde : candidats, juges et opinion. Ils font, par suite, honneur au Corps médical des hôpitaux de Bordeaux, qui, le premier en France, a eu l'heureuse idée de modifier radicalement le concours d'internat, a surtout réussi à réaliser cette idée et peut enfin en constater déjà le plus complet succès.

René Cruchet.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'ongle incarné par le chlorure de fer.

Les *Archives de médecine militaire* (n° 9) donnent le procédé du Dr Lehmann, qui donnerait d'excellents résultats dans l'armée allemande.

Pour expliquer la formation de l'ongle incarné, on admet aujourd'hui que ce sont les parties molles repoussées vers le bord unguéal qui deviennent le siège de la lésion : l'ongle lui-même ne joue qu'un rôle passif.

Dans l'armée, cette affection est la cause de nombreuses indisponibilités. Les traitements généralement employés donnent des résultats parfois incomplets, et l'on est, en fin de compte, obligé d'opérer, ce qui exige l'hospitalisation avec des soins consécutifs plus ou moins longs, sans exclure toute chance de récidive.

Lehman recommande une méthode simple, toujours efficace entre ses mains, et rapide si est elle soigneusement exécutée ; quatorze jours d'un traitement ambulatoire y suffiraient. Mais il faut avant tout recommander au malade de porter des chaussures larges et de tailler convenablement l'ongle : les angles latéraux de son rebord antérieur doivent dépasser légèrement la pulpe de l'orteil.

La méthode, préconisée par l'auteur, est celle du professeur Rehn : elle date de quinze ans. Voici en quoi elle consiste : on trempe un petit tampon d'ouate, monté sur un morceau de bois, dans une solution diluée de chlorure de fer, pour en imbiber aussi bien les parties molles enflammées que le bord incarné de l'ongle. Il faut que le tampon pénètre aussi profondément que possible et que le chlorure agisse pendant un certain temps ; c'est là une recommandation d'autant plus importante que l'opération n'est nullement douloureuse. Point n'est besoin de laisser un tampon à demeure. On recommence de vingt-quatre en vingt-quatre heures. De la sorte, le chlorure de fer dessèche rapidement les bourgeons charnus et les racornit ; en même temps, l'ongle devient tendre, la douleur disparaît.

Dans les cas légers, la guérison est rapide : les processus phlegmoneux eux-mêmes disparaissent sûrement. Un repos au lit de quelques jours ne s'impose que lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires accentués.

Abcès gazeux présternal et rétrosternal par infection anaérobique ; séro-diagnostic anaérobique.

Un homme de 51 ans, mégissier, quatre mois après un phlegmon du pied, présente à la face antérieure du thorax une tuméfaction de jour en jour plus volumineuse, ovoïde, irrégulièrement bosselée, présentant son maximum de saillie entre le sternum et le mamelon gauche. La peau est rouge, chaude et, au centre de la tumeur, violacée, amincie, prête à se rompre. La fluctuation est nette, mais, en outre, on trouve, à la périphérie, une fine *crépitation gazeuse*, analogue à celle de l'emphysème sous-cutané. La percussion donne un son tympanique ; à l'auscultation, on entend à chaque inspiration une *bouffée de gros râles humides*, un véritable gargouillement. L'état général est très mauvais. La température à 38°5 le matin, 39° le soir. Le malade meurt malgré l'intervention chirurgicale. A l'autopsie, on trouve un abcès thoracique en bouton de chemise, la perforation de la cage thoracique siégeant dans le quatrième espace intercostal, près du bord gauche du sternum ; il y a une cavité au milieu du cinquième cartilage costal gauche. Il y avait aussi une arthrite suppurée de l'articulation phalango-phalangienne du gros orteil.

La culture avant l'opération a montré deux microbes anaérobies stricts, donnant des gaz en culture : un bacille mince et un fin diplocoque. Ils furent agglutinés par le sérum du malade.

M. Chauffard et J. Troisier concluent : « Ainsi les fermentations gazeuses caractéristiques des infections anaérobiques peuvent provoquer l'apparition aiguë de tumeurs sonores et inflammatoires en même temps, très trompeuses en clinique si l'on en méconnait la nature. On peut croire à l'existence d'une perforation broncho-pulmonaire pour les tumeurs thoraciques d'un état herniaire pour les suppurations inguino-abdominales.

La notion du rôle possible, en pareil cas, des infections anaérobiques évitera de telles erreurs et mettra sur la voie d'un diagnostic exceptionnel qui trouvera sa confirmation à la fois dans les recherches d'hémoculture et de sérodiagnostic et dans les constatations opératoires ». (Chauffard et Troisier, *Semaine médicale*, 6 octobre 1909, p. 469.)

Syphilis et grossesse

P. et G. rappellent l'influence de la grossesse sur la syphilis et l'influence de la syphilis sur la grossesse suivant qu'il s'agit de la syphilis paternelle ou de la syphilis maternelle. Ils montrent l'influence atténuante du temps.

La syphilis a des actions variées sur le produit de la conception. L'*hydramnios* est rare chez les femmes ayant une syphilis en activité. Il se rencontre surtout chez les syphilitiques anciennes. Sa production est liée à la gêne circulatoire et à l'hypertension portale due à la sclérose hépatique et splénique. L'ascite coexiste presque toujours chez l'enfant.

La mort du produit de conception est rare à la période embryonnaire. Ordinairement elle survient à la période de viabilité. L'expulsion immédiate après la mort est l'exception. La durée de rétention est généralement plus longue dans la syphilis que dans les autres affections qui peuvent provoquer la mort fœtale. Elle atteint 15 jours et plus, d'où l'état de macération du fœtus expulsé. La macération n'est d'ailleurs pas une altération de nature spécifique. C'est un phénomène *post mortem* qui se produit dans tous les cas de rétention quelle que soit la cause de la mort.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire par les procédés de laboratoire emporte la recherche du tréponème et la réaction de Wassermann.

La recherche du tréponème dans le *sang* est le plus souvent négative. On le trouve au contraire abondamment dans les accidents secondaires, particulièrement dans les *bulbes de pemphigus.* On le trouve rarement dans le placenta. Il existe en abondance dans le foie, où on le décèle également sur les coupes après imprégnation par le nitrate d'argent. La macération n'est pas un obstacle à cette recherche et ne fait nullement disparaître le tréponème.

L'absence du tréponème est presque constante chez les embryons de 6 mois ; aussi a-t-on tendance à admettre que la pénétration du germe dans la circulation fœtale ne peut se faire qu'aux environs du sixième mois de la grossesse.

Chez 47 fœtus macérés provenant de femmes syphilitiques avérées, 38 fois le tréponème fut trouvé ; 9 fois les recherches furent négatives : dans ces 9 cas, les femmes avaient suivi un traitement mercuriel, ce qui explique la disparition du tréponème. Chez 74 fœtus macérés issus de femmes chez qui la syphilis n'était pas certaine, l'examen a permis de déceler 39 fois le tréponème, 35 fois la recherche fut négative.

Ainsi donc dans les 2/3 des cas, la macération relève de la syphilis.

Sur des enfants morts au cours du travail ou peu après la naissance, on a trouvé, sur 11 fœtus nés de femmes syphilitiques : 10 résultats positifs 1 résultat négatif, la mère ayant été traitée. Chez 39 fœtus dont la mère n'avait pas de syphilis clinique, il y eut 31 résultats négatifs, et 8 positifs.

La séroréaction de Wassermann, lorsqu'elle est positive, est en général une preuve de l'infection syphilitique du fœtus. Pourtant Bas et Daunay ont montré que, chez des enfants sains, il pouvait y avoir absence d'hémolyse due à des sérums lactescents ou bien contenant des pigments biliaires. Chez la mère comme chez le fœtus, on ne peut tirer aucun résultat d'une réaction négative, car des résultats négatifs ont été obtenus chez des femmes et des nourrissons syphilitiques avérés.

La séroréaction est surtout positive chez les femmes ayant une syphilis en activité et non traitée. Chez les femmes ayant subi un traitement, le nombre des résultats positifs est considérablement abaissé. La séroréaction pratiquée simultanément chez la mère et chez l'enfant ne donne pas toujours de résultats concordants.

L'anticorps a pu être décelé dans le lait des femmes syphilitiques. (J. Pénard et A. Girauld, *Gazette des Hôpitaux*, 9 octobre 1909, p. 1435).

Contagion de la scarlatine. Sémiologie de la langue et de l'angine scarlatineuses

D'après A. Lesage, la contagiosité de la scarlatine par les squames, que nia Girard dès 1865, est contestée aujourd'hui à nouveau par un grand nombre d'auteurs. La plupart des faits cliniques montrent d'ailleurs que la transmission de la maladie se fait à son début par le mucus bucco-pharyngé. Stickler en a d'ailleurs apporté la preuve expérimentale. Il inocula à dix enfants, avec une seringue hypodermique, du mucus de la gorge et de la cavité buccale pris chez les scarlatineux en pleine éruption. Le résultat fut positif pour tous les cas.

Après une inoculation moyenne de vingt-deux heures (douze heures et soixante-douze heures), l'éruption se déclara.

La contagion de la scarlatine est facteur de la persistance plus ou moins longue de l'infection de la bouche et de la gorge.

Les phénomènes buccaux dominent l'histoire clinique de la scarlatine. L'exanthème n'est au contraire qu'un signe accessoire. Il y a de nombreuses formes frustes ou larvées de la maladie, dans laquelle la scarlatine est uniquement *gutturale*, 35 pour 100 sur une étude de 2000 cas.

Il est donc absolument nécessaire de connaître bien exactement l'état de la langue et de la gorge dans la scarlatine et particulièrement leur *cycle évolutif*.

Au premier jour, la langue, qui n'est pas large comme dans l'embarras gastrique, présente deux parties, qui par rapport l'une à l'autre, forment contraste.

Sur tout le dos est un enduit *blanc* pultacé et sur les côtés et à la pointe ; l'entourant est une *bordure très rouge*. Blanc sur rouge vif est la devise de la langue au premier jour.

Quand on examine à distance, on est frappé aussi du contraste qui existe entre la peau de la figure, qui est pâle, et la langue qui, tirée, tranche par son bord rouge vif, enflammé.

Les deuxième, troisième, quatrième jours, peu à peu la surface blanche du dos de la langue diminue d'étendue, se retire vers le fond de la bouche, alors que le liséré rouge, congestif, gagne du terrain et s'élargit. L'organe présente alors *deux V, l'un rouge*, qui circonscrit le *second blanc*. Ce que l'un perd, l'autre le gagne.

Vers le septième jour, la langue est entièrement rouge, enflammée, écarlate ; c'est la *langue framboise*, qui apparaît, car la desquamation, après l'enduit blanc, continue à enlever l'épithélium sous-jacent. Les papilles sont dénudées, d'où l'aspect légèrement mamelonné, frambotsé.

Vers le sixième jour, la langue devient *lisse*, vernissée, par suite de la disparition des saillies papillaires. Peu à peu, vers le douzième jour, la teinte écarlate s'atténue et vers le 15e jour la langue reprend sa teinte normale.

Le cycle évolutif est terminé : congestion de l'organe, prolifération intensive de l'épithélium, puis chute de ce dernier, tels sont les éléments caractéristiques de la scarlatine, qui est une *véritable glossite exfoliatrice aiguë microbienne*.

Le même processus se passe dans la gorge, comme nous le verrons dans un instant.

La *langue de l'embarras gastrique* est large, étalée, pâle, anémique, épaisse recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, limoneux.

Dans la *rougeole*, pas de contraste entre deux zones, l'une blanche, l'autre rouge. Elle est uniformément *rose*, recouverte d'une légère couche blanchâtre. On n'observe pas de cycle évolutif.

La langue *grippale* peut être simplement saburrale, blanchâtre ou blanc bleuté, porcelainique, rappelant les plaques muqueuses.

La *langue typhique* est bien blanche au centre, rouge sur les bords, mais elle reste telle ou peu s'en faut. Elle devient enfin sèche, dure, cornée, c'est la langue de perroquet.

A la fin des maladies aiguës (fièvre typhoïde, méningite), la langue est souvent dépouillée. L'anamnèse suffit au diagnostic.

La scarlatine, a dit Trousseau, est une maladie essentiellement angineuse.

Elle peut rester à l'état d'angine pure sans se compliquer.

Au début, existe une simple sensation de cuisson légère dans la gorge et un peu de sécheresse, la déglutition est un peu pénible. A l'examen, teinte rouge à peu près uniforme, tapissant les amygdales, les piliers, le voile du palais, la luette. Sur les amygdales, quelques productions pultacées s'enlevant très facilement et ne laissant aucune trace saignante sur la muqueuse. Au bout d'un ou deux jours, ces productions se désagrègent, tombent et la teinte devient rouge sombre, écarlate et la muqueuse apparaît sèche comme enduit d'un vernis. A ce moment, les phénomènes accusés par le malade sont au minimum : cuisson, sécheresse, déglutition, absence de salivation. Au bout de six à douze jours, la gorge revient à la normale.

C'est là ce qu'on observe dans la scarlatine pure, ne présentant aucune des complications de l'angine.

Autour de ce centre formé par la langue et l'angine, on constate un léger malaise et des *troubles digestifs* qui sont la signature de la nature scarlatineuse de la maladie. Les vomissements sont constants ; la diarrhée est fréquente ; il y a du météorisme, de l'hyperesthésie de la paroi abdominale et souvent un point appendiculaire (Kauffmann).

« N'avons-nous pas, dit Lesage, toute une gamme de symptômes qui démontrent que la scarlatine est une maladie de la gorge et des voies digestives ? ». (*Gazette des hôpitaux*, 16 oct. 1909, p. 1471.)

Traitement de la maladie de Dupuytren (rétraction de l'aponévrose palmaire (par l'excision sans suture) Procédé de Routier.)

On sait combien fréquentes sont les récidives à la suite des interventions chirurgicales pour rétraction de l'aponévrose palmaire, même lorsque l'excision des tissus sclérosés a été aussi complète que possible. M. Routier croit avoir trouvé une explication très simple de ces récidives dans les sutures que tous les chirurgiens — quel que soit le procédé employé — s'appliquent à placer sur les lambeaux cutanés pour reconstituer la paume de la main.

En effet, la suture rapetisse encore davantage cette paume, dont la peau est déjà trop courte ; d'autant plus qu'il est impossible de faire un affrontement bord à bord avec des lèvres dilacérées et éraillées en dents de scie ; c'est un affrontement en surface qu'il faut faire, et alors, qu'on songe à la quantité de tissu que l'on perd par la suture ! Aussi, le résultat ne se fait-il pas attendre : les doigts reprennent rapidement leur position de flexion primitive.

M. Routier a donc imaginé un procédé d'excision sans suture. Voici en quoi il consiste :

On incise la peau de la paume sur le milieu des nodosités qui constituent la lésion de l'aponévrose. Cette incision est prolongée du côté du talon de la main, à 2 centimètres au-dessus de l'induration fibreuse, et, par en bas, jusque sur le ou les doigts rétractés, en faisant dévier l'incision en V sur chacun d'eux.

Puis on dissèque la peau de la paume de la main et de la racine des doigts. Cette dissection est fort difficile, le derme palmaire étant fort aminci et presque fusionné avec l'aponévrose ; aussi ne peut-on disséquer cette peau sans la lacérer de quelques

coups de bistouri, malgré tout le soin et l'habileté de l'opérateur.

Le fibrome rétracteur étant bien mis à nu, on résèque tout ce qui est dur, tout ce qu'on sent tendu, en palpant avec la pulpe du doigt, et aussi loin qu'il est nécessaire, et sur la paume de la main et sur les doigts.

Cela fait, on assure une bonne hémostase, et, sans suture, on laisse les lambeaux, fort précaires, retomber à leur place. Une compresse aseptique, pliée en plusieurs doubles, sert à faire un peu de compression et c'est tout.

Il faut avoir soin, en faisant le pansement, de mettre la main opérée *en complète extension*, de façon que la cicatrisation ne se fasse pas sur une main déjà fléchie, *ce qui compromettrait sûrement le résultat*. Dès que la cicatrisation est obtenue (ce qui demande à peine une quinzaine de jours), la main et les doigts seront mobilisés pour éviter l'ankylose qui ne manquerait pas de se produire à la suite de cette extension prolongée de la main.

On commencera alors, avec prudence au début, puis franchement, plus tard, les séances de massage pour adoucir le tissu de la cicatrice et les téguments de la main. Ces séances seront longtemps continuées après l'intervention.

Les résultats obtenus par ce procédé sont vraiment très beaux, suivant les termes mêmes dont ils furent qualifiés à la Société de chirurgie de Paris, lorsque M. Routier y présenta deux de ses opérés. Deux autres l'ont été depuis avec le même succès. Dans tous ces cas, le bourgeonnement et la réparation des plaies se sont faits avec une grande régularité et ont abouti à la formation de cicatrices souples et indolentes qui permettent aux malades de se servir de la main opérée presque aussi bien que de la main saine. (PITAUD, *Thèse de Doctorat*, Paris, 25 juillet 1909.)

Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1909.

Du coloboma facial, à propos de deux observations personnelles — M. ***Kirmisson*** rappelle l'observation de coloboma double, présentée par M. Jalaguier à l'Académie, le 25 mai dernier. Il apporte deux cas personnels de cette affection rare.

Dans le premier, il s'agit d'un coloboma simple chez un petit garçon qui présentait une fente oblique allant du côté gauche de la lèvre supérieure à un large sillon séparant la paupière inférieure en deux parties égales.

Le second fait est relatif à un coloboma facial double. L'observation est superposable de tous points à celle de M. Jalaguier. Deux fentes obliques, partant de la lèvre supérieure pour rejoindre la paupière inférieure, isolaient du reste de la face le massif répondant aux deux narines.

M. Kirmisson insiste sur le rôle très probable des brides amniotiques dans la pathogénie de ces malformations, comme en témoigne l'existence, chez le second malade, d'un sillon congénital assez profond au dessus du poignet droit.

Photothérapie de la tuberculose laryngée. — M. ***Hallopeau*** lit un travail dans lequel M. ***Nepveu*** préconise, pour la photothérapie de la tuberculose laryngée, l'emploi de la lampe électrique dont l'arc est très riche en rayons chimiques.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 octobre 1909.

Fréquence comparée de la tuberculose chez les descendants de tuberculeux et de non tuberculeux. — M. ***Pissavy*** résume sa statistique : sur 469 ménages non tuberculeux avec 1428 enfants il y a eu 123 enfants tuberculeux (8 %) ; sur 100 ménages tuberculeux, avec 292 enfants, il y a eu 93 enfants tuberculeux (31 %). Cette proportion est la même dans les grandes villes et dans les campagnes.

Lithiase oxalique de l'intestin. — M. ***Lœper*** a constaté, en étudiant les lithiases intestinales, la présence de proportions considérables d'acide oxalique et d'oxalate de chaux. L'acide oxalique est sécrété par l'intestin de certains sujets en excès, de même que la chaux, d'où deux indications thérapeutiques : diminuer la sécrétion oxalique par un régime approprié et administrer des sels de chaux solubles et assimilables.

Méningite cérébrospinale grave guérie avec séquelles nerveuses. — MM. ***Laignel-Lavastine*** et ***Bouffle*** présentent le malade : méningite cérébrospinale grave avec ébauche de diabète méningitique, guérison rapide par injection de sérum de Dopter. Séquelles nerveuses : paralysie du moteur oculaire externe gauche et phénomènes paralytiques dans le territoire du nerf radial. Influence très manifeste du sérum sur l'évolution de la maladie : 4 80 cc. de sérum sans phénomènes d'anaphylaxie, le seul fait constaté est l'arrêt de résorption du sérum.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 octobre 1903.

Traitement des arthrites suppurées du coude. — M. ***Nélaton***. — A propos du traitement des arthrites suppurées du coude dont M. Lejars nous a parlé dans la dernière séance, voici deux faits intéressants.

Le premier concerne un homme de 40 ans qui sans cause apparente fit une arthrite suppurée du coude avec phénomènes généraux graves, si bien que je crus devoir faire une résection totale de l'articulation. Deux jours après, le malade allait mieux et trois mois après il était guéri et se servait très bien de son bras. La flexion du coude était presque complète et l'extension était parfaite.

Dans un cas analogue que j'avais vu auparavant chez une jeune femme à la suite d'une grippe, je n'avais fait que deux incisions latérales. Les accidents persistèrent et je dus, quinze jours après, recourir à la résection. Je crois donc qu'en semblable occurence c'est cette opération qu'il faut pratiquer d'emblée.

Quant à la technique, ici, comme partout elle doit se lier aux circonstances. Tantôt la résection devra être totale avec interposition musculaire ; tantôt elle devra être partielle. Pour les arthrites suppurées traumatiques, on peut employer le procédé conseillé par M. Lucas-Championnière. Je pratique de préférence l'hémi-résection, qui en général donne une extension et une flexion qui, bien qu'incomplètes, sont parfaitement suffisantes. Cette hémi-résection ne doit pas être faite trop tôt. En effet, la production d'ostéophytes est un obstacle au succès final.

Pour les arthrites tuberculeuses, la résection totale s'impose et le plus souvent ses résultats sont médiocres.

La mobilisation doit être commencée à une date variable suivant la nature de l'affection. S'il s'agit d'une arthrite tuberculeuse, il ne faut pas s'en occuper. Si on a fait une interposition musculaire il faut attendre assez longtemps, car il faut que la cicatrisation soit obtenue et que les mouvements ne soient plus douloureux.

M. ***Kirmisson***. — Cela est d'autant plus vrai que le sujet est plus jeune, car chez les enfants qu'on mobilise trop tôt, on facilite la production d'ostéophytes. On s'expose en outre à faire saigner les bourgeons charnus et apparaître des accidents de septicémie.

M. ***Championnière***. — Je ne suis pas partisan de la résection immédiate, car l'arthrotomie suffit souvent à la guérison. Quant à la date de la mobilisation, je l'ai souvent faite très précocement sans avoir jamais observé d'hémorragie consécutive. Mais cette mobilisation ne doit pas être douloureuse.

Sur les résections pour arthrite tuberculeuse, je ne suis pas de l'avis de M. Nélaton, car cette opération m'a donné en général de bons résultats.

M. ***Tuffier***. — Il y a lieu, dans le traitement d'une arthrite suppurée, de tenir compte de plusieurs facteurs et en particulier de la nature microbiologique de la suppuration et aussi de l'articulation en cause. Il est aussi des sujets chez lesquels l'ankylose se produira quel que soit le traitement suivi. Bien qu'elle ne donne pas toujours les résultats qu'on lui demande, je demeure partisan de l'intervention. La mobilisation ne doit être à mon avis commencée qu'après cicatrisation complète.

M. ***Broca***. — Chez les enfants, l'ankylose se refait facilement dans les arthrites du coude lorsque l'on résèque de trop bonne

heure. Comme ils craignent beaucoup la douleur, il me paraît indispensable d'attendre assez longtemps avant de commencer la mobilisation. Quant au procédé mis en œuvre, je ne fais jamais que l'hémi-résection en conservant le crochet cubital. La nature de la suppuration ne me paraît avoir aucune importance. Je suis d'avis en général d'inciser d'abord la collection et de faire secondairement la résection s'il est nécessaire.

M. *Quénu*.—Nous sommes, me semble-t-il, tous ennemis d'une mobilisation trop précoce. Celle-ci peut arrêter la réparation osseuse. d'autant que l hypergenèss osseuse et très variable suivant les cas et que nous ignorons les règles que la régissent.

Je recours d'abord à l'arthrotomie et plus tard, s'il le faut, à la résection en tenant grand compte de l'âge du sujet, sans m'inquiéter de la nature microbienne du mal.

Guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère poplitée. M. *Le Dentu*, rapporte l'observation d'un homme de 69 ans, porteur depuis plusieurs années d'un anévrysme poplité, traité seulement par le port d'un léger bandage compressif. En 1908 il ressentit tout à coup une vive douleur dans les orteils en même temps que disparaissaient les battements de l'anévrysme. La tumeur devenait molle. Plus de souffle à son niveau. La pédieuse ne battait plus.

Bientôt les 2e et 3e orteils commencèrent à se sphacéler mais la gangrène resta superficielle et guérit bientôt. La tumeur poplitée diminua bientôt de volume. Si bien que le malade put bientôt marcher et reprendre ses occupations, complètement guéri.

Présentation de malades. — M. *Mauclaire* présente un homme auquel il a fait une hémisection pour fracture par éclatement de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. *Morestin* présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma de la langue et du plancher de la bouche en enlevant les ganglions les glandes sous-maxillaire et liant les canaux de Sténon — et une femme à laquelle il a fait une résection discoïde partielle du sein.

M. *Lejars* présente une pièce de tumeur ostéo-cartilagineuse.

LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1909.

Présidence de M. BURET, président.

Présentation d'ouvrages, par M. *Cathelin* : « Les méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire. » et par M. Paul *Sainton* : « Les chorées chroniques ».

Sténose congénitale du conduit auditif externe. — M. *Duparc* présente un enfant de 6 ans atteint d'une sténose congénitale du conduit, caractérisée par un cloisonnement qui s'étend à 6 millimètres de l'orifice. Cette malformation est vraisemblablement en rapport avec le développement des arcs bronchiques. Le champ auditif est considérablement réduit ; la cure radicale est susceptible d'élargir l'*audition*.

La méthode Dalcroze, gymnastique et discipline de l'attention. (Gymnastique rythmique). — M. *Georges Rosenthal* étudie la méthode physico-thérapique de Dalcroze. Cette méthode, destinée primitivement à l'étude de l'harmonie, a été utilisée comme méthode générale du développement physique. Elle comprend essentiellement des exercices respiratoires, des marches rythmées et cadencées, des exercices d'alternance de mesure, de développement de la volonté spontanée pour exécution rapide de mouvements commandés, des exercices de reproduction par la marche de mesures musicales inscrites au tableau noir ou jouées au piano. De l'étude critique de la méthode, il résulte que ces exercices constituent essentiellement une remarquable méthode pédagogique ayant pour but de développer chez l'enfant la faculté d'attention.

Action des sels de calcium et de l'acide citrique sur la congulation du sang chez l'homme. — MM. *Maute* et *Saissi* ont étudié chez des sujets normaux et sur des malades à coagulation avancée (fibrome ou retardée (purpura, hémophilie), l'action des sels de calcium et de l'acide citrique, comme agents modificateurs du temps de coagulation. En employant une technique précise et en maintenant le sang examiné à une température constante pendant toute la durée des observations, ils ont constaté que si, dans la plupart des cas, l'ingestion de l'acide citrique amène un retard de coagulation, l'administration de calcium reste presque toujours sans effet et qu'en somme, contrairement aux conclusions de Wright, les moyens à notre disposition pour modifier dans les vaisseaux la coagubilité du sang circulant sont des plus imparfaits.

Traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus. — MM. *Dupuy de Frenelle* attire l'attention sur la déformation congulaire des fragments, lors d'une fracture de l'extrémité supérieure et présente un appareil qui permet de maintenir le bras en abduction tout en permettant le traitement fonctionnel de la région traumatisée.

Les diverses causes de dyspepsie, réflexions pathogéniques. — M. *Pron* (d'Alger), étudiant la pathogénie de ces dyspepsies, établit la fréquence proportionnelle des diverses causes qui les produisent.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1)

Questions diverses.

Chirurgie générale (*Suite*).

La rachianesthésie générale. — M. *Jonnesco* (Bucharest) vient défendre à nouveau sa méthode de rachianesthésie générale qui lui donne, dit-il, les meilleurs résultats, depuis qu'il ajoute de la strychnine à l'anesthésique, en l'espèce la stovaïne.

La solution anesthésiante doit être préparée le jour même de l'opération en faisant dissoudre de la stovaïne dans de l'eau stérilisée mais non distillée et en y ajoutant la solution strychninisée à 5 ou 10 centigrammes, préparée de la même façon. L'instrumentation ne présente rien de particulier. Il a abandonné la ponction médico-cervicale, inutile et nocive, et la ponction médio-dorsale, difficile, et ne ponctionne plus que deux points : entre la 1re et la 2e vertèbre dorsale, et entre la 12e dorsale et la 1re lombaire. La ponction et l'injection se font avec le malade assis ou dans le décubitus latéral.

La quantité de strychnine est de : 1/3 de milligramme par centimètre cube chez l'enfant, 1/2 milligramme au-dessus de 5 ans, pour l'injection dorsale supérieure, 1/2 milligr. par centimètre cube chez l'enfant ; 1 milligr. par centimètre cube au-dessus de 10 ans pour l'injection dorsolombaire. La quantité de stovaïne varie : au-dessous de 5 ans, 1 centigr. ; de 5 à 15 ans, 2 centigr. ; au-dessus, 3 centigr. pour l'injection dorsale supérieure ; de 1 à 5 ans, 3 centigr. ; de 5 à 15 ans, 4 à 6 centigr. ; au-dessus, de 6 à 10 centigr. pour l'injection dorsolombaire.

Les résultats obtenus sont excellents tant par l'anesthésie obtenue, qui est parfaite, que par l'immobilité complète du malade, lequel conserve toute sa connaissance. Les troubles parfois observés dans la rachianesthésie sont très rares grâce à la strychnine.

La durée de l'anesthésie varie entre 1 h. 1/2 et 2 heures.

L'auteur arrive à un total de 1015 rachianesthésies sans aucun cas mortel.

De l'influence favorable du raccourcissement des os longs sur les fonctions des muscles. — M. *Lucas-Championnière* (Paris). — Toutes les fois que l'on raccourcit le squelette et que l'on permet ainsi aux muscles de se ramasser sur eux-mêmes, ceux-ci s'accommodent très vite à cette position nouvelle et se contractent dans de très bonnes conditions. Si même les muscles étaient atrophiés avant l'opération, ce raccourcissement est très favorable à leur régénération. C'est là une sorte de loi physiologique qui s'accorde à la constatation de l'influence néfaste de l'extension forcée sur la vitalité des muscles.

De nombreuses résections osseuses et articulaires ont permis à M. L.-C. de constater la constance de ces résultats, même dans des cas où l'atrophie musculaire était considérable et paraissait

(1) Voir les deux derniers numéros.

être définitive et irréparable. Dans nombre de cas où la musculature paraissait totalement disparue on l'a vue renaître après le raccourcissement du squelette.

Ces observations permettent de prévoir que le raccourcissement des membres que l'on redoute toujours dans les résections articulaires ou dans les résections des os longs, est toujours une condition favorable pour la fonction ultérieure du membre. On peut aussi considérer que dans les fractures des os longs un raccourcissement modéré est une excellente condition assurant un retour plus parfait des fonctions du membre.

Cette notion démontre la nécessité de placer les muscles pour le travail dans les conditions où leurs corps contractile est le plus long par rapport au squelette.

Anastomoses musculaires et nerveuses. — M. *Phocas* (Athènes), présente quelques considérations sur l'opération des anastomoses musculaires faites contre le pied bot paralytique. A la suite d'une anastomose, le muscle le plus faible acquiert la contractilité minimale du muscle le plus fort. Bien qu'on semble avoir exagéré les résultats éloignés de ces opérations, les anastomoses restent très utiles, pourvu qu'on y adjoigne toutes les autres manœuvres opératoires sur les parties molles.

Traitement des pseudarthroses par la greffe périostée. — M. *Frœlich* (Nancy), se basant sur 7 cas personnels, montre que les pseudarthroses congénitales du tibia se présentent tantôt sous forme d'incurvations congénitales à convexité antérieure des deux os de la jambe avec cicatrice cutanée au sommet de la courbure et, sur la radiographie du tibia, en arrière de cette cicatrice une zone transversale étroite de décalcification, amorce de la pseudarthrose; tantôt sous forme de pseudarthroses vraies avec mobilité des fragments survenant après un traumatisme minime.

Ces fractures, rebelles à tout autre traitement, ne guérissent que par la greffe périostique : on prend sur le tibia de la jambe saine une greffe ostéo-périostée que l'on place sur les extrémités osseuses du tibia préalablement avivées et creusées à leur centre jusqu'à la moelle.

Traitement du pied bot congénital. — M. *Judet* (Paris) soutient que le traitement de cholx pendant les premières années est l'hypercorrection forcée sous chloroforme, suivie de la pose d'un appareil plâtré. Cette hypercorrection, qui évite la récidive, est qnelquefois difficile à atteindre. Aussi pour compléter la correction manuelle, l'auteur a imaginé une pince à palettes qui, enserrant le tarse postérieur, permet de détruire peu à peu l'attitude en varus du calcanéum et d'agir aussi sur l'équinisme.

Le plombage de Mosetig dans les tuberculoses ostéoarticulaires. — M. *Léon Bérard* (Lyon) fait remarquer que l'obturation des cavités osseuses par le mélange plastique iodoformé de Mosetig est peu employé en France. Depuis que la technique en est bien réglée, depuis surtout que l'on procède en deux temps, avec tamponnement de 48 heures entre la résection et l'obturation, les résultats ont été très améliorés.

La réparation est plus rapide. La rareté des pansements, l'absence habituelle de suppuration, et par conséquent d'infections secondaires permettent aux malades de quitter rapidement l'hôpital. En outre, les déformations et le raccourcissement sont réduits au minimm et les mouvements articulaires ont une amplitude inusitée. L'auteur, s'appuyant sur 30 observations personnelles, considère le plombage de Mosetig comme le perfectionnement le plus précieux des résections sous-périostées

Des injections modificatrices dans le traitement des ostéoarthrites tuberculeuses. — *M. P. Redard* (Paris) considère l'emploi des injections modificatrices comme un très utile adjuvant du traitement conservateur des tuberculoses ostéo-articulaires. Il se sert uniquement d'huile iodoformée. Une technique rigoureusement aseptique est indispensable, car des injections mal faites peuvent entraîner des complications fâcheuses.

Les résultats sont surtout bons dans les hydarthroses et dans les formes où les lésions atteignent surtout la synoviale.

M. *Barbarin* (Paris) fait observer qu'il est bien difficile à l'heure actuelle d'affirmer que les injections modificatrices raccourcissent le traitement conservateur par l'immobilisation pure et simple.

La luxation pathologique de la hanche. — M. *Tilanus* (Amsterdam). — La luxation pathologique de la hanche est presque toujours d'origine tuberculeuse, rarement d'origine typhique, scarlatineuse, blennorragique ou rhumatismale.

Facile à réduire au début, par un simple appareil à extension, il faut dans les cas invétérés lui appliquer les manœuvres de réduction employées dans la luxation congénitale ; mais il faut être très prudent par crainte de réveiller l'inflammation causale.

Traitement de la coxalgie. — M. *Calot* (Berck) rappelle les bons effets qu'il a obtenus dans la coxalgie au début à l'aide d'injections modificatrices de naphtol camphré surtout, faites suivant sa technique directement dans l'articulation. Il a pu ainsi arrêter la marche du mal, et éviter la luxation de la tête fémorale. Aussi les malades ainsi traités marchent-ils le plus souvent sans boiterie.

M. *Frœlich* (Nancy) s'étonne de l'optimisme de M. Calot, qui contraste singulièrement avec l'opinion de la plupart des chirurgiens. Cette divergence est peut-être le résultat d'une définition incomplète.

Lorsque l'examen clinique et la radiographie permettent de constater des tubercules dans un os intra-articulaire ou des fongosités dans la capsule, il y a vraiment coxalgie et tumeur blanche. Et dans ces cas la guérison sera longue, mettra 2, 3 ans ou plus à apparaître, et il y aura presque toujours ankylose. Plutôt d'ailleurs celle-ci surviendra, plus vite se fera la guérison.

A côté de ces coxalgies vraies, il est des lésions tuberculeuses para-articulaires : trochantérites ou ostéites, dont la guérison est encore longue, mais qui, malgré leur retentissement sur l'article, guérissent avec intégrité des mouvements.

Enfin il est alors des cas plus curieux, dans lesquels une articulation est douloureuse et contracturée et où la boiteric et tous les symptômes disparaissent en quelques semaines avec ou sans traitement.

Ce sont là des sortes de congestions fugaces des articulations, dues probablement à des toxines, qu'on prend souvent pour des tumeurs blanches et qu'on croit alors avoir guéries avec un traitement local très court.

M. *Mencière* (Reims) expose sa technique pour le traitement de la coxalgie et des tumeurs blanches avec conservation du mouvement. La base de la méthode, ce sont les injections intra et extra-articulaires à doses fractionnées, lesquelles s'adressent aux parties molles, et la phéno-puncture qu'il a créée en 1901, lorsque les os sont atteints eux aussi.

Par cette méthode, les coxalgies et les tumeurs blanches au début guérissent toujours avec mouvement et sans claudication; les cas plus avancés guérissent souvent *ad integrum.* Quant à ceux du 3[e] degré, il faut se contenter de fixer le membre en bonne attitude.

Aux injections il faut joindre le port d'appareils rigides puis progressivement articulés et enfin la mobilisation prudente progressive, par des appareils de mécanothérapie.

M. *Vignard* (Lyon) expose ses résultats dans le traitement des coxalgies graves par l'évidement systématique de la tête et du col du fémr, suivi du plombage de Mosetig. Il désigne sous le nom de coxalgies graves : celles dans lesquelles, malgré une immobilisation longue et rigoureuse, il n'y a pas d'amélioration, et où apparaissent des abcès, celles dans lesquelles, malgré l'absence de fistules, l'état général périclite, ou dans lesquelles les épiphyses se déforment et s'altèrent.

Dans ces cas, le traitement conservateur, même le plus efficace, n'aboutira qu'à une ankylose plus ou moins solide avec un raccourcissement de 4 à 7 cm., d'un membre dépourvu de tous muscles solides. Et les récidives sont toujours à craindre.

Pour raccourcir un peu le traitement et diminuer les risques, V. pratique l'évidement, à la fraise et par voie antérieure, du col et de la tête du fémur malade, en en conservant si possible la partie supérieure de manière à garder un appui sous l'avant-toit de la cavité cotyloïde, qui est également curettée à fond et bourrée de gaze imprégnée d'eau oxygénée ; 48 heures après, on remplit la cavité osseuse du mélange iodoformé ; on suture et on met un plâtre.

La cicatrisation complète se fait en 4 à 6 mois et la marche est permise au bout de 10 à 12 mois.

Cette opération nécessite des précautions d'asepsie minutieuse. Aussi l'auteur a-t-il complètement renoncé à traiter par cette méthode les tuberculoses fistulisées.

(*A suivre.*) Ch. Le Braz.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les lacunes cunéiformes ou érosions dites « chimiques » des dents sont une manifestation de stomatite mercurielle fruste

Par G. MILIAN
Médecin des hôpitaux.

Les lacunes cunéiformes ou érosions chimiques sont des *sillons horizontaux creusés sur les dents à l'insertion des gencives*, c'est-à-dire au niveau des collets dentaires dénudés.

Il s'agit de véritables ulcérations de l'ivoire, qui débutent par une petite rainure le long de la gencive, et gagnent peu à peu en profondeur. Sur une coupe verticale de la dent, leur *forme* est celle d'un triangle à sommet profond, à base périphérique, de là le nom de lacune cunéiforme qui leur a été donné. C'est un véritable bec de flûte. Les bords sont nets. Pour une dent du haut, le bord inférieur est plus accentué, plus proéminent ; c'est l'inverse pour une dent du bas. Le fond est *blanc*, luisant, poli, *dur*, car il n'y a pas carie de l'organe, mais seulement destruction de l'ivoire.

La forme triangulaire, l'aspect lisse, la blancheur et la dureté de l'ulcération constituent les principales caractéristiques objectives de cette lésion et la distinguent de la carie.

L'érosion est sensible au froid, au sucré, au salé, aux acides, au contact des objets un peu durs comme la brosse à dents ou l'ongle. Le froid, et particulièrement l'inspiration d'air froid, est pénible. « Mais cette sensibilité ne dure que pendant la période d'activité » (Frey). Nous verrons plus loin quelle signification il faut donner à cette période d'activité.

C'est presque toujours la face labiale de la dent qui est atteinte ; quelquefois il s'agit des faces interstitielles, très rarement de la face linguale.

Les *dents antérieures* sont beaucoup plus fréquemment touchées que les postérieures, en première ligne ce sont les canines supérieures. En bas, ce sont de préférence les premières prémolaires.

Une seule dent peut être ulcérée ; il y en a d'habitude plusieurs ; on a signalé des cas où toutes les dents étaient érodées (Frey).

Etat de la bouche. — « La gencive, fait remarquer Frey, est bien rarement enflammée. D'ailleurs l'aspect général de la bouche est caractéristique dans l'érosion : c'est une bouche propre, comme le sont les dents elles-mêmes ; *pas de tartre ou à peine* ; la langue est nette, pas étalée, ne portant pas l'empreinte des dents ; les bords et la pointe sont toujours d'un rouge vif, la base l'est moins, souvent même blanchâtre.

Evolution. — « Au début, ces lacunes sont très petites et si on passe avec un instrument ou avec l'ongle sur la surface dentaire, on sent au niveau du collet une usure insignifiante mais aiguë ; en général, cet attouchement léger est douloureux et c'est même cette douleur qui amène le plus souvent les malades chez le dentiste. Avec le temps, ces incisives, devenues plus larges et plus profondes, peuvent amener la dénudation de la pulpe et même la fracture de la dent (Preiswerk) (1). »

« La marche de l'affection est bien variable, dit Frey (2); ordinairement, en quelques années à la formation de la rainure primitive, puis à son extension en surface et en profondeur ; au bout de 2, 3, 4, 10 ans l'érosion devient insensible et s'arrête, avec ou sans formation de dentine brunâtre résistante ; dans la plupart des cas que j'ai observés, l'érosion arrêtée est restée d'aspect tout à fait blanc. »

« Les sujets atteints de cette affection sont toujours des adultes de 20 à 40 et même 50 ans, leur aspect général indique ordinairement une santé florissante ; ce sont des gens vifs, actifs, de teint plutôt coloré, qui peuvent se trouver momentanément arrêtés par des crises de goutte, rhumatisme abarticulaire, de dyspepsie nerveuse et hyperchlorhydrique, de colique néphrétique. Leurs ongles sont plus ou moins cannelés ; souvent ils perdent leurs cheveux de bonne heure » (Frey).



Théories pathogéniques classiques. — Les théories pathogéniques admises par les dentistes sont extrêmement nombreuses. C'est d'avance faire pressentir leur insuffisance. Sans vouloir les exposer en détail, voici leur résumé qui permettra d'en juger.

Théorie mécanique. — C'est la brosse à dents chargée de poudre dure qui use la dent, à son collet, à chaque friction horizontale. Aussi les partisans de cette théorie recommandent-ils de brosser les dents verticalement. La théorie mécanique est la plus ordinairement admise. Elle est soutenue par Tomes, Zugmonds, Salter, Cruet et surtout le professeur Miller, de Berlin, qui disait en novembre 1906 (1) : « J'ai examiné durant ces dernières années, environ 300 cas d'érosions et dans 85 cas j'ai fait un examen très complet des malades ; or, je n'ai jamais trouvé jusqu'à présent un cas d'érosion où la brosse dentaire n'ait été employée avec une poudre grossière quelconque. »

Ce qui prouve que la lacune cunéiforme peut se produire sans la brosse, c'est que Frey l'a trouvée une fois sur la dent d'un vieillard qui jamais n'avait fait usage de la brosse à dents, et que Bastyr a pu constater sa présence sur des dents en retrait que ne pouvait atteindre la brosse. Bastyr ne put d'ailleurs jamais reproduire expérimentalement l'érosion en brossant des dents même ramollies par les acides.

Théories chimiques. — Les théories chimiques sont multiples. Les uns attribuent l'érosion à une *acidité pathologique* qui altérerait la chaux de la dent ; or nous venons de voir que, plongées dans les acides, les dents ne sont pas altérées. Pour d'autres, au contraire, ce serait la trame organique des dents, la *dentoïdine*, qui serait détruite par le processus pathologique.

Les sels minéraux n'étant plus soutenus par leur trame organique tomberaient d'eux-mêmes. Cette dissolution de la dentoïdine se ferait sous l'influence des *acides* d'après Znamensky, et, d'après d'autres auteurs, sous l'influence des *enzymes protéolytiques*, c'est-à-dire des ferments dissolvant l'albumine et fabriqués par les bactéries buccales. Il s'agirait dans ce cas non pas d'une pepsine, car ce ferment n'agit qu'en milieu acide, mais d'une *trypsine*, car ce ferment agit en milieu alcalin, comme est le milieu buccal (Preiswerk.)

Michaëls attribuerait cette action chimique au *sulfocyanure de potassium*. Faisant couler sur une dent une solution étendue de sulfocyanure de potassium avec un tube capillaire, il put en effet reproduire des abrasions.

(1) PREISWERK. — Atlas-manuel des maladies des dents et de la bouche ; traduction française de Joseph Chompret, page 224.

(2) FREY. — L'érosion dite « chimique » des dents et le terrain. *Revue des maladies de la nutrition*, octobre 1907, page 455, et 3e Congrès dentaire international, Paris 1900.

(1) Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, novembre 1906.

Théorie de l'hypercalcification de l'organisme. — Frey (1) considère que l'érosion chimique survient chez des arthritiques jeunes et émet la théorie que, étant donnée la dureté des dents atteintes d'érosion, il y a hypercalcification ou plutôt dyscalcification telle que la gangue organique ou dentoïdine ne peut plus retenir les globules calcaires qui sont alors entraînés par le brossage.

Il va jusqu'à penser que l'érosion chimique des dents indique que l'organisme est arrivé à son maximum d'accumulation calcique, et en imminence d'artério-sclérose.

Cette théorie hypothétique n'est pas plus démontrée que les précédentes. J'ai vu des érosions « chimiques » chez des sujets de moins de trente ans et qui ne présentaient aucun symptôme d'hypercalcification de l'organisme. On ne conçoit pas bien d'ailleurs comment l'hyperproduction de chaux, en même temps que l'exagération de la dureté de l'organe constatée cliniquement, pourraient amener une perte de substance de celui-ci.

⁂

L'érosion dite chimique des dents est due à une stomatite mercurielle fruste. — La première fois que j'ai constaté l'érosion chimique des dents, c'était chez un malade traité pour la syphilis par des injections d'huile grise. Cet homme avait 28 ans. Au cours d'une série de piqûres, il se plaignit de souffrir de ce qu'il appelait la « racine » des dents. C'était la première fois qu'il éprouvait semblable chose : plusieurs dents étaient devenues sensibles, particulièrement à l'inspiration d'air froid. On sentait sous l'ongle une rainure au collet des deux canines supérieures.

Le malade attribua cela immédiatement au mercure. La suite lui donna raison, car, au fur et à mesure qu'augmentait le nombre des piqûres, la douleur augmentait aussi et l'ulcération se creusait ; à la huitième piqûre, il fallut cesser, car la douleur était devenue très aiguë. Au bout de quinze jours, la douleur avait beaucoup diminué, et au bout d'un mois, il persistait seulement une légère sensibilité aux liquides froids.

Le sujet resta 3 mois sans traitement mercuriel. Quand il le reprit, les érosions des canines étaient redevenues indolores et, loin de s'être étendues en profondeur, elles s'étaient partiellement comblées. Ces trois mois écoulés, le traitement fut repris et la même succession de phénomènes s'établit : douleurs au collet des dents, creusement de l'ulcération. Il fallut encore interrompre. L'ulcération avait doublé en profondeur et mesurait près de deux millimètres.

Même arrêt après la cessation du traitement. Même reprise à une nouvelle cure.

La démonstration était évidente. Depuis cette époque, j'ai eu bien souvent l'occasion de la vérifier à nouveau.

Ainsi se dissipe le mystère qui entoure l'érosion « chimique ». C'est bien une érosion produite par un agent chimique, comme l'avaient pressenti les dentistes, mais il ne s'agit ni d'un acide, ni d'une base, ni d'un ferment protéolytique, ni d'un poison autogène, il s'agit du *mercure* ingéré dans un but thérapeutique.

« Deux de mes clients, dit Frey, M. et Mme de L... emploient la même formule de poudre, aussi souvent avec le même numéro de brosse ; lui présente des érosions, elle en est indemne ; mais lui a de grandes dents blanches, bien calcifiées ; elle a des dents molles, mal calcifiées, présentant de multiples caries. Lui a un tempérament de goutteux, neuro-arthritique ; elle est affaiblie par de multiples accidents utérins ».

Il ne paraît guère conforme à la vraisemblance que les dents dures de M. de L. se soient ulcérées, tandis que les dents molles de Mme de L... restaient indemnes. Il est plus simple de penser que M. de L. avait la syphilis et s'en soignait, et Mme de L., ne l'ayant pas ou l'ignorant, ne s'en soignait pas.

Ainsi s'expliquent, comme on va voir, toutes les particularités remarquées par les dentistes.

C'est entre 20 *et* 50 *ans qu'apparaît l'érosion* ; c'est l'âge de la syphilis. Si ce qu'on appelle arthritisme, était la cause de l'érosion on devrait voir celle-ci dépasser 50 ans et même présenter son maximum au-delà, et non s'arrêter.

Le *siège de l'érosion* au collet des dents et aux dents antérieures rappelle celui de la stomatite mercurielle. Le liséré mercuriel (1), le gonflement hydrargyrique des gencives, se font au niveau du bord libre de celles-ci.

L'érosion s'arrête toujours. « Au bout de 2, 3, 4, 10 ans, l'érosion devient insensible et s'arrête ». Ne croirait-on pas entendre parler du traitement mercuriel usuel que les malades poursuivent 2, 3, 4 ans habituellement, et reprennent quelquefois jusque vers la 10e année, époque de diminution des accidents du tertiarisme. On ne conçoit pas une diathèse à évolution si limitée.

Frey (2) n'écrit il pas aussi : « Il n'est pas rare cependant que les sujets porteurs d'érosions présentent des traînées plus ou moins épaisses et étendues de *leucoplasie* jugale et linguale ». C'est constater que ces malades sont syphilitiques.

Pourquoi dès lors cette stomatite mercurielle évolue-t-elle sous cette forme ? *C'est la stomatite des gens propres*, c'est la stomatite des personnes qui nettoient soigneusement leur bouche par des brossages répétés et empêchent de la sorte la stomatite purulente, la stomatite microbienne d'apparaître. C'est ainsi que le brossage des dents joue un rôle, non pour produire la stomatite en usant la dent, mais pour empêcher l'invasion microbienne et laisser l'agent chimique seul exercer son action. Les dentistes ont remarqué le fait : « Les dents atteintes par l'érosion sont des dents grandes, bien blanches ». Elles sont, en effet, allongées par la stomatite légère et le brossage, en même temps que blanchies.

Et encore : « L'aspect général de la bouche est caractéristique dans l'érosion : C'est une bouche propre, comme le sont les dents elles-mêmes ; pas de tartre, ou à peine.... » (Frey).

Il est facile de s'expliquer par l'action du mercure l'espèce d'*antagonisme existant entre la pyorrhée alvéolaire et l'érosion.* « C'est aussi un fait clinique que l'érosion et la pyorrhée alvéolaire ne sont jamais concomitantes et que si la pyorrhée survient plus tard, c'est après l'arrêt de l'érosion.

Il semblerait que ces deux manifestations morbides correspondent à des états généraux différents. » Frey). L'explication est simple. Si l'on injecte du mercure à un malade atteint de pyorrhée alvéolaire, il fera une stomatite purulente ou nécrotique et l'érosion n'aura pas le temps de se constituer au milieu de ces phénomènes aigus. La gencive gonflée ou ulcérée se déplace rapidemelnt au devant de la dent, soit qu'elle la recouvre, soit qu'elle la découvre ; le mercure éliminé à son bord libre n'a donc pas le temps de creuser le sillon qu'un travail d'usure lent seul peut former.

Cette altération de la dent par le mercure n'a rien qui doive nous surprendre. Le mercure éliminé au niveau du

(1) Frey. — *Revue des maladies de la nutrition*, octobre 1907, p. 460.

(1) Milian. — Le liséré mercuriel. *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906, p. 1052.
(1) *Loc. cit.*, p. 455.

bord libre des gencives solubilise sans doute les sels de chaux qui composent la dentine. Cette *action générale du mercure sur la chaux de l'organisme* est manifeste dans les néphrites aiguës par le sublimé. On sait en effet que dans cette affection, et dans cette affection seule, les foyers nécrobiotiques du rein se calcifient par un dépôt d'oxalate de chaux, qui débute dix-huit à vingt heures après l'absorption du sublimé et envahit successivement les canaux contournés, puis les tubes droits de la substance corticale.

L'oxalate de chaux, rare dans les urines normales ou pathologiques, en dehors des diathèses, est fréquente dans les urines des malades traités par le mercure.

On peut se demander pourquoi les dentistes n'ont pas encore fait la constatation pathogénique que nous annonçons ici, eux qui ont si souvent l'occasion de rencontrer l'érosion « chimique. » La réponse est facile : c'est que la plupart, sinon tous les malades cachent au dentiste la syphilis dont ils sont atteints et conséquemment le traitement qu'ils suivent. Adressez un malade au dentiste pour mettre sa bouche en état avant le traitement mercuriel ; la première question qu'il vous posera sera la suivante : « Le dentiste verra-t-il la maladie dont je suis atteint ? » Et il ne se décide à recourir aux soins du stomatologiste que lorsqu'on lui a affirmé l'impossibilité de reconnaître la syphilis à l'état actuel de sa bouche.

Une dernière question se pose : le mercure est-il seul capable de produire l'érosion chimique, ou bien d'autres substances peuvent-elles également la réaliser ? C'est là ce que l'avenir nous dira.

***

Prophylaxie et traitement. — La prophylaxie de l'érosion « chimique » des dents résidera donc essentiellement dans l'administration très attentive du mercure. Il faudra cesser le mercure si le collet des dents devient sensible, quitte à le reprendre un peu plus tard, ou encore à le remplacer par l'iodure ou les produits arsénicaux que nous avons aujourd'hui à notre disposition.

Le brossage très fréquent des dents sera également le meilleur préventif de cette érosion que si longtemps et aujourd'hui encore on attribua précisément au brossage.

Le brossage empêche le dépôt du mercure à l'insertion de la gencive ; plus on brosse souvent, moins on laisse le mercure en contact avec la dentine.

Il serait peut-être bon aussi d'administrer en même temps que le mercure un *sel de chaux* qui au moins remédiera aux déperditions de l'organisme.

C'est peut-être à cette addition que doit son succès, chez les enfants, dont l'organisme a tant besoin de chaux et qui n'ont pas le droit d'en perdre, la poudre grise de la pharmocopée anglaise (mercure à la craie, éthiops calcaire, hydrargyrum cum creta) qui est du mercure associé à du carbonate de chaux suivant la formule suivante :

Mercure........................	1
Carbonate de chaux.............	2

Quand l'ulcération est produite, les attouchements quotidiens à la teinture d'iode atténuent beaucoup la douleur. Enfin, lorsque l'ulcération est arrêtée, il est bon de la combler par une obturation, à l'or par exemple, de manière à ce que la dent conserve sa solidité.

Méningite cérébro-spinale à diplocoque de nature indéterminée, contemporaine d'une bactériémie à paratyphoïde B ;

Par MM. SALEBERT et LOUIS
Médecins-majors à l'hôpital militaire de Rennes.

Au cours d'une épidémie sévère de méningite cérébro-spinale méningococcique, nous avons eu l'occasion d'observer un fait clinique assez étrange, où le laboratoire seul a permis le diagnostic ; il nous a fait déceler, au cours d'un syndrome méningé, dû sans doute au méningocoque, un état bactériémique associé où, contre toute attente, le bacille paratyphique B a été isolé et bien identifié.

Voici le fait :

Observation. — Gatt... 10e d'artillerie. 4e batterie, employé au service du casernement.

Le 22 juin, après le repas du soir, G. présente une céphalée frontale subite et très vive.

Le 23 juin, la céphalée est persistante ; il continue néanmoins son service.

Le 24 juin, même état ; il vomit après le repas du soir.

Le 25, même état, il se plaint d'une courbature généralisée et se présente à la visite. Il entre à l'hôpital le 26 juin.

t. matin : 39.3 ; pouls : 88.

La céphalée frontale est intense, devenant intolérable quand le malade passe du décubitus horizontal à la position assise ; on note de la raideur de la nuque, de la rachialgie.

Signe de Kernig positif. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes rotuliens sont exagérés ; une seule percussion du tendon détermine deux contractions successives du quadriceps. Les réflexes planti-digital, tibial, fémoral sont abolis ; le réflexe crémastérien est ébauché ; le réflexe abdominal est conservé.

La langue est sale, saburrale ; la polydipsie accusée ; les selles sont normales ; les urines sont hautes en couleur, et présentent des traces d'albumine.

Le foie et la rate paraissent normaux ; le cœur et le poumon sont sains.

Le soir : T. 40.2 , pouls, 92 à la minute.

Ponction lombaire. — Donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche.

On en pratique l'examen. Après centrifugation, coloration par le Gram et surcoloration par la fuchsine de Zichl diluée, on constate l'existence de rares lymphocytes (1 à 3 par champ du microscope). Les leucocytes sont donc rares ; mais en outre, on remarque des cellules de l'endothélium méningé, bourrées de diplocoques en grains de café. ne prenant pas le Gram, morphologiquement analogues au méningocoque.

Ces germes ne sont pas cultivables. L'ensemencement large sur plaques d'agar ascite de quelques centimètres cubes de liquide demeure stérile.

La précipito-réaction de Vincent ne donne aucun résultat ; le liquide précipite spontanément à l'étuve.

L'examen du mucus rhino-pharyngé est ultérieurement resté négatif.

Dix centimètres cubes de sang sont aseptiquement prélevés à la veine céphalique.

Résultats ultérieurement communiqués.

Ces 10 cm. sont ensemencés à raison de 5 cm. dans la bile peptonée glycérinée et 5 cm. dans deux ballons de bouillon ascite, le même germe pousse dans tous les milieux : le bacille paralytique type B, qui donne les réactions classiques sur milieux de culture.

Le sérum du malade, examiné au point de vue de l'agglutination, agglutine un échantillon de paratyphique B du laboratoire en quelques instants à 1/200 ; il agglutine son propre paratyphique, au même taux, dans le même temps ; il est inactif vis-à-vis du bacille d'Eberth.

Un sérum antityphique agglutinant à 1/1000 est inactif même au 1/100 sur le paratyphique du malade.

27 juin. — Insomnie : à noter une selle inconsciente pendant

la nuit. Les autres symptômes restent identiques ; cependant les réflexes tendineux sont diminués d'intensité.

T. Matin............ 39. ; P=90
Soir............ 39.5 ; P=96

2° *Ponction lombaire*. — On retire 25 c. cubes de liquide clair, eau de roche. On pratique *une injection intrarachidienne de 20 c. cubes de sérum*

Le liquide de cette deuxième ponction donne encore des lymphocytes infiniment plus rares que dans le liquide de la veille ; aucune cellule endothéliale ; aucun diplocoque libre ou phagocyté ; pas un seul polynucléaire.

28 *juin*. — Le malade a dormi toute la nuit ; la céphalée frontale a cessé ; seule persiste une céphalée occipitale vive ; même raideur de la nuque, même signe de Kernig ; constipation.

T. Matin.......... 38.4 Pouls = 72
Soir............ 38.7 Pouls = 76

Urines : 1100 cm.c.

Densité............	1028
Urée (24)........	48 gr. 95
P^2O^5..........	4 gr. 70
NaCl............	7 gr. 72
Albuminie........	néant
Sucre............	néant

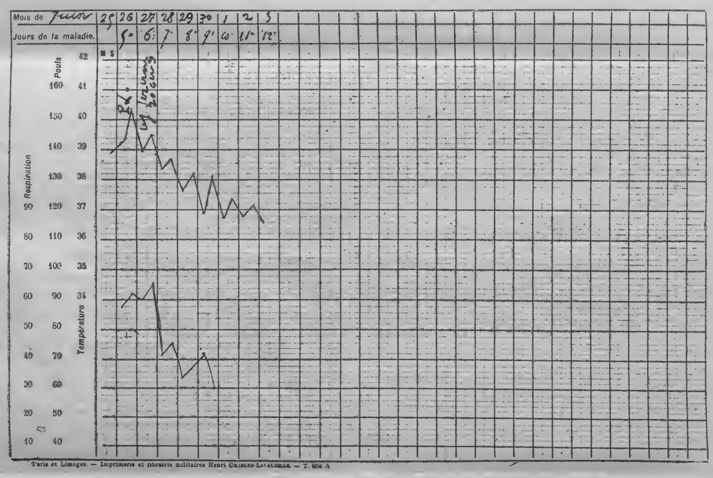
1er *juillet*. — Amélioration.

T. Matin............ 36.8
Soir............ 37.5

Urines : 1300 cc.

Traitement : deux bains chauds.

Densité............	1022
Urée............	45 gr. 5
P^2O^5............	4 gr. 706
NaCl............	4 gr. 17



Paris et Limoges. — Imprimerie et librairie militaires Henri Charles-Lavauzelle. — T. 658 A

Urines : 1040 c. cubes.

Albumines..............	traces.
Sucre..............	0
Urée..............	45 gr. 76
P^2O^5..............	4 gr. 99
NaCl..............	4 gr. 45

Traitement : 2 bains chauds.

29 *juin*. — La malade a bien dormi ; il ne sent plus sa tête ; même contracture de flexion ; constipation.

T. Matin............ 37.7 ; P=64
Soir............ 38.2 ; P=68

Traitement : deux bains chauds.

30 *juin*. — Sommeil normal ; contracture de flexion légèrement diminuée ; constipation.

T. Matin............ 36.9 ; P=72
Soir............ 38.1 ; P=60

Traitement : deux bains chauds.

2 *juillet*. — L'état du malade s'est notablement amélioré.

T. Matin............ 36.8
Soir............ 31.1

Traitement : 2 bains chauds.

Urines : 1550 c. cubes.

Urée............	41 gr. 85
P^2O^5............	3 gr. 54
Nall............	4 gr. 52

3 *juillet*. — L'amélioration continue ; l'apyrexie est complète.
Traitement : un bain chaud.

Urines : 1550 c. cubes.

Densité............	1020
Urée............	37 gr. 97
P^2O^5............	4 gr. 105
NaCl............	3 gr. 264

4 *juillet*. — La contracture de flexion persiste, mais très atténuée.

On pratique une nouvelle hémoculture, qui, cette fois, reste négative.

met ce blessé à l'abri des appréciations prématurées que l'évolution ultérieure d'un processus tuberculeux peut toujours démentir.

BENJAMIN BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 octobre 1909

Intradermoréaction à la léproline chez les lépreux. — ***MM. Noutoux*** et ***Pautrier*** ont expérimenté la léproline de Rost en injection intradermique : un résultat positif ne permet pas de faire un diagnostic ferme de lèpre, un résultat négatif, par contre permet d'éliminer la lèpre. Cette réaction, qui est caractérisée par de l'exosérose, du purpura, de l'induration et une eschare, peut donc être utile dans un cas douteux et constitue une méthode d'investigation simple innoffensive et pratique.

Ectasie aortique. Signe trachéal (de Mac Donel) inverse. — M. ***Hirtz*** présente un malade. atteint d'ectasie aortique, qui présente des oscillations de la trachée. Mais ces oscillations sont ascendantes et non descendantes comme dans les anévrysmes de la concavité de la crosse ; de plus les symptômes récurrentiels manquent et la radiographie localise l'ectasie à la face convexe de la crosse. C'est donc le signe de Mac Donell inverse.

Pleurésies éosinophiles. — M. ***Rist*** en rapporte deux cas, qui dans leur évolution présentaient une augmentation croissante des éosinophiles dans le liquide pleural. Pour lui, ces éosinophiles représentent une forme de transformation des mononucléaires en polynucléaires adultes.

Gangrène pulmonaire, guérie par injection de collargol et par pneumotomie. — MM. ***Galliard*** et ***Piquet*** rapportent cette observation intéressante : peintre en bâtiments, sans antécédents, entré à l'hôpital avec point de côté, toux sèche, expectoration mousseuse, puis purulente et fétide ; pas de foyer localisé à l'examen clinique, mais localisation par la radiographie ; 40° de fièvre, souffle, expectoration typique, mauvais état général ; injection de collargol à 1 %, pneumotomie, guérison ; évolution ultérieure d'une tuberculose du sommet correspondant.

Spasme de la lèvre inférieure chez les enfants. — MM. ***Bonneau*** et ***Variot*** ont observé un certain nombre de ce syndrome, qu'ils considèrent comme une malformation congénitale par arrêt de développement partiel de l'orbiculaire. L'examen histologique ne leur a rien révélé de particulier.

Accidents rhumatoïdes avec leucoplasie, éosinophilie et albuminu ie, au cours d'une pleuro tuberculose primitive. Comparaison avec la maladie du sérum. — MM. F. ***Bezançon*** et S. I. ***de Jong*** apportent l'observation d'un malade qui, douze jours après la ponction d'urgence d'un épanchement de quantité moyenne, présenta le syndrome suivant : accidents articulaires généralisés sans tendance à se fixer, albuminurie considérable mais non persistante, œdèmes marqués. L'examen du sang montra, au moment où les accidents étaient à leur acmé, une leucopénie très nette de 4.800 leucocytes avec une éosinophilie de 15 p. 100. L'examen du sang fait avant la ponction et ultérieurement pendant que les accidents étaient en voie de décroissance, montrait au contraire une leucocytose moyenne de 9 à 11.000 globules blancs. L'éosinophilie persista pendant quelque temps mais beaucoup moins marquée. Les accidents articulaires guérirent complètement sans tendance à la chronicité ; l'albuminurie qui avait atteint 4 grammes pour 1.000 guérit également complètement, l'epanchement enfin ne se reproduisit pas et guérit de même, presque sans séquelles. La chute leucocytaire, l'éosinophilie, la nature des accidents cliniques, le contraste entre la gravité apparente des accidents du début et leur guérison totale assez rapide, la toxicité du liquide pleural, non éosinophilique pourtant, pour le cobaye, amenèrent les auteurs à rapprocher ce syndrome des accidents sériques, de nature toxique, plutôt que d'accidents infectieux articulaires, tuberculeux ou non. D'ailleurs l'inoculation des urines au cobaye fut négative. La résorption du liquide pleural, toujours toxique, et qui l'était particulièrement dans le cas observé, leur semble avoir agi comme une injection de sérum hétérogène. Sans émettre aucune hypothèse quant à la nature des poisons contenus dans l'épanchement et susceptibles de provoquer des accidents de cette nature, les auteurs ont cru devoir publier ce fait d'attente intéressant et pour l'histoire des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses et pour l'histoire des pseudo-rhumatismes toxiques.

FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 22 octobre.

Discussion sur l'hystérectomie vaginale. — ***Le Bec.*** — A propos des difficultés de l'hystérectomie vaginale, je me joins à MM. Brochin, Delaunay, Paul Delbet, Loewy, pour regretter le discrédit dans lequel est tombée cette excellente opération. On a dit que l'on ne peut pas voir ce que l'on fait, c'est une erreur, car on peut toujours s'éclairer assez bien pour contrôler par la vue et le toucher l'endroit où l'on va placer ses pinces. La colpotomie permet parfaitement de se rendre compte si l'état du bassin permet l'opération vaginale ou s'il vaut mieux de prendre la voie haute.

Les grands avantages sont : l'absence absolue de choc, la guérison rapide, la rareté des infections péritonéales, l'absence de cicatrices sur le ventre et la certitude d'éviter une éventration chez les femmes qui font des travaux de force. J'ai pratiqué 223 fois cette opération, voici le résultat de mon expérience. Etudions les difficultés suivant l'ordre dans lequel elles se présentent. L'étroitesse du vagin est facilement surmontée par la dilatation avec le spéculum à trois branches dont se servait Péan. Le fibrome développé dans le segment inférieur est favorable car on le trouve sitôt dans le douglas ouvert. J'ai pu ainsi faire deux fois la myomectomie seule par le vagin. Si le fibrome repousse la vessie, il n'est pas nécessaire d'ouvrir le cul-de-sac antérieur au début. On fait l'hémisection de l'utérus en avant et on attaque de suite la tumeur. Le péritoine est ouvert à la fin. Le fibrome latéral offre la difficulté de l'utérine ; on l'évite en décollant le fibrome avec la spatule, et en le saisissant avec les pinces dans un point bien visible.

Une grosse difficulté vient des annexes enflammées et adhérentes dans le douglas. La colpotomie renseigne sur ce point, et dans ce cas il faut sans hésiter faire la laparotomie.

Je pratique moins volontiers l'hystérectomie vaginale pour suppuration du bassin. Il m'est arrivé plusieurs fois de laisser des fragments de l'utérus très adhérents, et les malades ont continué à souffrir. Je préfère commencer par la colpotomie avec drainage et plus tard enlever le tout par la laparotomie. Dans le cas de cancer limités au col, la voie vaginale est triomphante. Si le cancer est étendu ou s'il siège dans le corps, je préfère la voie haute, car on est certain de ne pas déchirer l'utérus friable.

Pour les grands prolapsus, chez les vieilles femmes dont l'utérus est aminci et allongé, je commence par l'hystérectomie vaginale avec ligature et au bout de un ou deux mois, la résection large du vagin avec une bonne périnéorraphie.

Les indications de l'hystérectomie vaginale. — M. ***Brochin*** résume la discussion et répond à l'un de ses collègues qui y ont pris part. De cette discussion, il résulte, ainsi qu'il l'a dit dans sa première communication, que cette opération est aujourd'hui en défaveur auprès des jeunes chirurgiens et tend de plus en plus à être remplacée par la laparotomie. Toutefois, il se plaît à reconnaître que plusieurs membres, tels que Dartigues, Delaunay, Rousseau, Paul Delbet, Loewy et surtout Lebec continuent à pratiquer l'hystérectomie vaginale et se louent des résultats qu'elle leur donne.

L'adversaire le plus intransigeant qu'il a rencontré est M. Péraire. M. Brochin relève une première erreur dans l'argumentation de son collègue Péraire qui regarde l'hystérectomie vaginale comme presque complètement abandonnée en France. La discussion pendante suffit pour lui prouver le contraire. En outre, M. Péraire accuse cette opération des méfaits les plus redoutables, blessure des uretères, de la vessie, du rectum, hémorrhagies, etc.

M. Brochin s'étonne qu'un chirurgien de la valeur et de l'expérience de M. Péraire tienne un pareil langage et lui demande si, en sa qualité de laparotomiste, il est absolument certain de se mettre toujours à l'abri des accidents qu'il attribue à l'hystérectomie vaginale.

M. Brochin répond ensuite à M. Cazin qui préfère dans la plupart des cas la laparotomie, surtout pour les fibromes et les suppurations pelviennes.

Il réfute plusieurs des arguments de son collègue qui incrimine l'emploi des pinces comme très pénible pour les malades, les suites opératoires moins bonnes qu'après l'hystérectomie abdominale ; s'appuyant sur les faits, M. Brochin déclare que les suites opératoires sont pour ainsi dire nulles après l'hystérectomie vaginale.

M. Brochin discute aussi la valeur comparative des deux hystérectomies dans le traitement du cancer du col ou du corps de l'utérus. Enfin, il est heureux de trouver en son collègue Lebec un adepte aussi convaincu de l'hystérectomie vaginale.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée. — Ostéotomie du tibia et du péroné. — M. *Leuret*. Pose d'une agrafe sur le tibia. Enclouage du fragment malléolaire externe au tibia. Résultat fonctionnel parfait. Au cours de l'opération et sur la radiographie on constata que les deux malléoles étaient absolument décalcifiées et que le col était fibreux.

M. *Judet*. — Dans ces cas, la simple ostéotomie suivie d'une bonne contention donne de bons résultats.

Présentation de malades. — M. *Péraire* présente un Marocain âgé de 45 ans auquel il a pratiqué une *gastro-entérostomie postérieure* pour une *sténose du pylore*. Ce malade était arrivé à ne plus vouloir manger, redoutant l'ingestion du moindre aliment, tant les douleurs étaient vives et les vomissements abondants. Aussi la cachexie était-elle très prononcée. Depuis l'opération, il ne vomit plus, digère très bien et engraisse.

M. Péraire insiste une fois de plus sur la technique opératoire qu'il emploie et qui lui a toujours réussi : il fait le premier surjet gastro-jéjunal très long : 14 cent. environ, et les deux bouches anastomotiques très déclives et très larges : 9 cent. ; de cette façon, la circulation des aliments est parfaite ; il n'a jamais vu survenir de *circulus vitiosus*.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du 21 octobre 1909

M. *Huet* (de Paris) répondant à une communication de Sudnick (de Buenos-Ayres), montre que la *réaction dite réaction de Bich*, est essentiellement différente de la réaction de dégénérescence, qu'elle est explicable très probablement seulement par la compression, sans modification histologique du muscle ou du nerf. — Il fait remarquer d'ailleurs que la dénomination tout à fait impropre est le résultat d'une faute d'impression lors de la publication des premiers travaux de Richard-Jegel dans le commencement du seul imprimé, mais depuis plusieurs années l'erreur continue.

M. *de Boissière* (du Havre) présente une série de radiographies provenant d'un même blessé : immédiatement après l'accident, les épreuves semblent n'indiquer aucune lésion, mais au bout de quelques semaines se sont manifestées des prolifération osseuses qui sont devenues considérables par la suite— M. Oudin et différents membres de la société pensent que les premiers clichés font au moins soupçonner des fêlures ; une fois la douleur diminuée, les mouvements devenus possibles ont détaché les fragments qui se sont consolidés par des cals exubérants.

M. *P. Ch. Petit* (de Paris) a vu sous l'influence d'une vingtaine de séances de courant continu une hémorrhagie utérine, grave, rebelle, disparaître ; durant de longs mois après le traitement les règles ont été normales et le fibrome a considérablement diminué. — M. Malmejac fait remarquer que les intensités élevées ne sont pas toujours nécessaires, et M. Delherm insiste sur l'arrêt fréquent des hémorragies sous l'influence d'applications soit vaginales, soit intra-cervicales, l'action électrocaustique n'est donc pas en cause. M. Durand rappelle que la faradisation permet également d'arrêter les hémorragies. M. Laquerrière déclare que si Apostoli admettait surtout l'efficacité des séances intenses parce qu'il recherchait la cautérisation de la muqueuse, il faut aussi faire intervenir l'action excito-motrice bien mise en lumière par Zimmern. En provoquant la contraction des fibres utérines et des fibres des tuniques vasculaires, le pôle positif du courant continu est un bon hémostatique utérin. La faradisation suivant la technique indiquée depuis longtemps par Tripier est certainement bien supérieure à l'ergot de seigle à la façon duquel elle agit, mais en mieux.

M. *Marqués* (de Toulouse) montre l'excellent résultat qu'il a obtenu dans un cas d'hémorragie utérine par des applications de rayons X sur la paroi abdominale. M. Oudin rappelle à ce propos que l'hémostatique intra-utérin le plus puissant est le radium porté à l'intérieur de la cavité — M. Laquerrière pense qu'il faut distinguer : 1° les applications intra-utérines du radium qui agissent surtout sur les vaisseaux de la muqueuse et qui d'après M. Oudin lui-même n'amènent pas d'aménorrhée; 2° les applications à travers la paroi abdominale qui paraissent déterminer surtout une inhibition de l'ovaire (Foveau de Courmelles, Laquerrière, Albert Schom) et procurent des améliorations ou des guérisons surtout en amenant l'aménorrhée ; il estime d'après son expérience personnelle que dans le traitement du fibrome chez les femmes jeunes on n'a que des améliorations passagères avec les doses de rayons X compatibles avec l'intégrité de l'épiderme, tandis que chez les femmes plus âgées alors que les ovaires commencent à être en état de moindre vitalité, on a pour ces mêmes doses des résultats durables. M. Durand et M. Delherm ont vu de faibles doses de rayons augmenter, au moins au début du traitement, les hémorragies.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1)

Luxation de la hanche. — *M. Gourdon* (Bordeaux) étudie les causes anatomiques qui entravent la réduction du fémur luxé, ou favorisent la reluxation après réduction, et les moyens de vaincre ces obstacles. La réduction est gênée par les rétractions musculaires et capsulaires, les déformations du cotyle, la déviation du col fémoral et l'atrophie de la tête du fémur. Les moyens à utiliser pour vaincre ces obstacles sont : le myorrhexis, l'extension manuelle de la cuisse dirigée progressivement vers l'abduction ; la flexion forcée du fémur comme premier temps de la réduction et le maintien d'un certain degré d'extension au cours des manœuvres de réduction ; enfin la pression trochantérienne exercée par un aide.

La contention est gênée par la direction verticale de l'acétabulum, la constitution rudimentaire du rebord cotyloïdien, l'antéversion du col, la rétraction tardive des adducteurs, et l'action de la surcharge du tronc qui s'exerce de telle façon que le bassin pivote en avant du fémur. La contention sera assurée par l'immobilisation de la cuisse dans l'abduction à 90° pendant 4 mois au moins ; par des exercices consécutifs quotidiens d'abduction de membre inférieur ; par l'extension progressive de la hanche et le relèvement du bassin en maintenant durant une heure chaque jour, au moyen de courroies, l'extension absolue du sujet avec une planche.

M. *Le Damany* (Rennes). — La luxation congénitale de la hanche reconnaît pour cause principale une torsion excessive du fémur. Donc, le traitement rationnel doit comprendre, entre autres facteurs, la détorsion de cet os. Et en effet, en appliquant cette notion on obtient des résultats très supérieurs à ceux que fournissent les méthodes de pure contention en appareils plâtrés.

Crâne. — Face. — Cou.

Considérations pratiques sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique. — *M. Moure* (Bordeaux) a pu constater, à propos de deux nouveaux cas observés cette année, que le diagnostic des collections purulentes de l'hémisphère gauche est bien plus facile à assurer que celui des abcès de l'hémisphère droit. Pour guérir les abcès du cerveau, l'essentiel lui paraît être, non seulement de faire un diagnostic très précoce, mais surtout de bien le drainer, et par conséquent de l'ouvrir dans sa partie centrale, de manière à ce qu'on puisse le vider tous les jours au moment du pansement.

La guérison paraît résulter non de l'ouverture plus ou moins

(1) Voir les trois derniers numéros.

grande du crâne et des méninges, mais de son siège par rapport à l'abcès.

Trois cas d'ostéite du maxillaire inférieur chez le jeune enfant. — *M. Barbier* (Paris). — Ce sont des accidents comparables à ceux de la dent de sagesse apparaissant avant ou après l'éruption des molaires de lait ou de la première grosse molaire. Les phénomènes locaux sont très peu accentués en comparaison des phénomènes généraux graves qui résultent de la déglutition constante du pus sécrété par les fistules osseuses ouvertes dans la bouche.

Ces accidents, étudiés par Galippe, peuvent entraîner la mort si on n'intervient pas. Les interventions sur les dents et le maxillaire par voie buccale sont insuffisantes. Il faut dans une première opération aller, par voie externe, décoller le masséter et trépaner la table externe de l'os, pour dériver le pus au dehors. Alors l'état général de l'enfant s'améliore, l'ostéite se localise, les séquestres se séparent, et en une deuxième opération on les enlève.

Dans les 3 cas observés, les enfants, qui semblaient condamnés ont parfaitement guéri.

Sarcome de l'antre d'Highmore.— M. *A. Malherbe* (Paris), relate l'observation d'une jeune fille de 14 ans dans le sinus maxillaire droit de laquelle se développa une tumeur fibro-sarcomateuse du volume d'une mandarine avec saillie de l'œil, tuméfaction de la pommette, de la voûte palatine et de la paroi externe des fosses nasales. Cette tumeur fut abordée par voie buccale, après décollement de la muqueuse gingivo-buccale et effondrement de la fosse canine. La guérison fut rapide.

Un an et demi après, récidive qui a été traitée de la même manière en juillet dernier avec le même succès.

Traitement des déviations de la cloison nasale. — MM. *Ch.* et *Fr. Martin* (Lyon.) ont traité les déviations et fractures de la cloison par des appareils analogues à ceux qui sont appliqués au traitement des fractures et au redressement des os du nez.

Après avoir fracturé la cloison on la remet en place en corrigeant ses difformités et on place l'appareil, qui très souple et très léger, est parfaitement toléré et assure une immobilisation parfaite.

Le malade doit le garder un mois environ en ayant soin de faire de nombreux lavages de ses fosses nasales sous une forte pression qu'on ne peut guère obtenir qu'au moyen de l'irrigateur Eguisié.

Note sur un cas de rhino-pharyngocèle.— M. *Brœckaert* (Gand). a observé chez une enfant de quelques mois une tumeur aérienne du cou, du volume d'une orange environ dans les efforts mais pouvant se réduire complètement et restant réduite si on la maintenait comprimée entre la pulpe des doigts et la masse latérale gauche de l'atlas.

Par le toucher naso-pharyngien le doigt pénétrait dans une fossette de Rosenmuller anormalement développée, en arrière du pavillon tubaire et si on avait préalablement vidé la tumeur elle ne se gonflait plus, même dans les efforts, tant qu'on maintenait le doigt dans ce diverticule.

Au point de vue pathogénique, cette hernie du cavum est une forme plus accentuée du diverticule de Pertik, malformation congénitale due à la persistance partielle de la deuxième fente branchiale.

Procédés anciens et nouveaux d'amygdalotomie. — M. *Raugé* (Challes) étudie les qualités et les défauts des diverses méthodes d'amygdalotomie. Chacune d'elles en réalité a été créée pour un cas particulier et répond à des indications spéciales. Il faut donc employer dans un cas donné la méthode qui répond le mieux aux indications de ce cas, en tenant compte des 3 éléments suivants: adresse de l'opérateur, docilité du malade, conformation anatomique de l'amygdale.

Rapports entre le goitre et les myomes utérins. — M. *Ullmann* (Vienne) a dans une série de cas observé la coïncidence d'un myome utérin et d'un goitre. Il a pu constater qu'après la myomectomie le goitre diminuait sinon au point de disparaître du moins de façon à rendre la respiration libre et aisée. Il semble donc y avoir une relation entre l'utérus et le corps thyroide.

Thorax et Rachis.

Traitement des plaies du poumon par le thoracotomie d'urgence. — *M. Baudet* (Paris) rapporte 12 observations de plaies du poumon traitées par la thoracotomie et la suture, M. B. en a observé 15 cas qu'il divise en 3 groupes : 1° ceux de gravité extrême (5 cas) un avec plaies du cœur, un avec plaie de la mammaire interne, 3 avec hémorragies intra-pleurales très abondantes ; 2° Ceux très bénins (5 cas), tous traités par l'expectation, mais dont 2 ont été opérés plus tard, l'un pour hémorragie abondante, l'autre pour emphysème généralisé ; 3° ceux de gravité moyenne (5 cas) avec hémothorax peu abondant dans lesquels l'intervention a été décidée par l'intensité des phénomènes généraux.

Les opérations (volet rectangulaire de 4 côtes à charnière externe) n'ont pas été suivies de drainage. Les résultats sont : 3 morts dont un de chloroforme. Mais dans ces cas, 8 seulement se rapportent à des plaies du poumon non compliquées et sur ces 8 cas il y a 7 guérisons et 1 mort par chloroforme.

L'auteur conclut qu'il faut opérer les plaies du poumon sauf lorsque leur bénignité est évidente.

Nouvel appareil simplifié pour la narcose sous pression (baronarose.) — *M. Mayer* (Bruxelles) a fait construire un nouvel appareil pour la baronarcose, moins volumineux et plus simple que celui qu'il a présenté au Congrès il y a 2 ans et destiné comme celui-ci à éviter les accidents du pneumothorax dans les interventions intra-thoraciques. Cet appareil se compose d'un flacon àchloroforme sanssoupape, analogue à celui de l'apareil Ricard, d'un masque intra-buccal spécial avec deux plaques métalliques entre lesquelles on pince les lèvres du sujet; et enfin, d'un marogène formé d'un tube métallique traversant une colonne d'eau et surmonté d'une cloche que l'on peut faire plonger dans l'eau à une profondeur variable de facon à régler la résistance à l'échappement du courant d'oxygène et par suite la pression dans tout le système.

Cet appareil, d'un emploi très simple, peu encombrant, a été utilisé à Bruxelles par plusieurs chirurgiens et a donné les meilleurs résultats.

Diagnostic et traitement de quelques affections peu connues de l'œsophage et des bronches. — M. *Guisez* (Paris) présente une série de 12 malades auxquelles il a extrait par la trachéo-bronchoscopie des corps étrangers de l'œsophage et des bronches, corps étrangers de forme et de volume très divers.

La guérison a été obtenue dans tous ces cas.

Ce mode d'exploration permet aussi le diagnostic et le traitement d'affections jusque-là incurables de l'œsophage : spasmes, cardio-spasmes, rétrécissements cicatriciels infranchissables.

L'auteur a également pu reconnaître de façon très précoce des cancers de l'œsophage et en obtenir une amélioration notable par des applications locales directes de bromure de radium.

(*A suivre.*) CH. LE BRAZ.

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE (1)

(Milan, 4 au 8 octobre 1909.).

(*Suite*).

Discussion.

M. Renzi (de Naples). — L'orateur partage les idées du P[r] Maragliano sur la pathologiedes néphrites; néanmoins on ne saurait exclure l'état du rein. Expérimentalement, la ligature des vaisseaux d'un seul rein détermine de l'hémoglobinurie, signe de la destruction du parenchyme rénal, partant signe de néphrite. En clinique, Renzi a fréquemment noté la persistance de l'albuminurie, même après guérison complète de la néphrite,

(1) Voir n° 43, p. 550.

cette albuminurie résiduale peut persister très longtemps sans s'accompagner d'aucun autre symptôme morbide.

Parmi les causes de néphrite, il faut signaler la mercurialisation.

L'introduction d'une certaine quantité de mercure chez des individus non syphilitiques peut déterminer une véritable néphrite ; on est mis sur la voie du diagnostic de cette néphrite mercurielle par l'apparition chez des malades de la stomatite.

Quant à la thérapeutique des néphrites, il faut avoir recours aux diurétiques pris à faible dose, l'œdème, la dyspnée, diminuent peu à peu pendant que la quantité d'urine éliminée augmente.

M. *Maurice Ascoli* (Pavie). — L'orateur expose quelques considérations sur la question des néphrolysines.

Cette doctrine des néphrolysines, comme l'a dit le Pr Maragliano, est très discutable, car les substances injectées dans le sang d'un animal n'agissent pas seulement sur le rein, mais sur tous les autres organes et en particulier sur le foie.

Quant à la question des auto-néphrolysines,elle est encore plus complexe et plus obscure.

M. Bonardi (Milan). — L'orateur insiste sur les avantages de la saignée dans le traitement de la néphrite. La saignée de la pédieuse, préconisée par Baccelli, lui a donné d'excellents résultats, en particulier dans un cas de néphrite parenchymateuse aiguë avec hypertension considérable et phénomènes urémiques.

Les émissions sanguines au niveau du triangle de Petit donnent également des bons résultats, étant données les anastomoses entre le système veineux de cette partie de la paroi abdominale et le système veineux de la capsule du rein.

Enfin, soit à l'hôpital soit dans sa clientèle privée, Bonardi a expérimenté avec succès la ligature des membres inférieurs, ce qui détermine immédiatement une augmentation de la pression dans les artères rénales.

Relativement à l'emploi de l'eau distillée dans le traitement des néphrites, l'orateur proteste contre cette méthode qui va à l'encontre des données les plus précises de la physique et de la physiologie expérimentale.

M. D. Amato (de Naples). — Il y a des suspensions passagères de l'activité sécrétoire du rein qui constituent un véritable « état de fatigue de l'organe ».

L'orateur a injecté au lapin de grandes quantités d'urée et a observé tout d'abord une exagération de l'activité sécrétoire, puis une diminution progressive de cette activité. Dès que l'on suspend les injections d'urée, l'activité sécrétoire rénale remonte à son taux normal. Au point de vue chimique, on constate que l'azote total,l'urée, le rapport azoturique,s'abaissent d'abord puis remontent. Ces phénomènes montrent que le rein a cessé de fonctionner par excès de travail et qu'il ne reprend que progressivement ses fonctions normales.

M. Colombo (de Rome). — Les idées de M. Maragliano sur l'intoxication générale de l'organisme et l'accumulation des toxines dans les tissus conduisent à faire jouer un grand rôle à la diaphorèse thermique dans le traitement des néphrites. La diaphorèse dans les néphrites a un double avantage : elle favorise l'élimination par voie cutanée d'une certaine quantité de substances toxiques, d'autre part elle supprime, dans une certaine mesure le travail de sécrétion rénale, grâce à la fonction vicariante de la peau.

Les individus atteints soit de néphrite aiguë, soit même de néphrite chronique, retirent de grands avantages de cette méthode dont l'orateur expose minutieusement la technique.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

La prostitution réglementée et les pouvoirs publics.

L'éditeur Félix Alcan met en vente le tome second de l'*Histoire Générale du Mouvement pour l'abolition de la Police des mœurs*, la Prostitution réglementée et les Pouvoirs publics, par Louis Fiaux, ancien membre du Conseil municipal de Paris. Dans ce nouveau volume, l'auteur étudie successivement les régimes des mœurs appliqués dans les Etats de l'Amérique du Nord et du Sud, dans les Etats asiatiques Chine et Japon, en Europe, dans les Etats balkaniques, en Turquie, enfin en Egypte. S'il ressort que, dans un certain nombre de pays, la condition juridique et économique de la femme en général a permis à des règlements administratifs de prendre à l'égard de telles femmes des mesures qui les placent en dehors du droit commun et les exposent même aux vexations d'un arbitraire que la loi veut ignorer, il est visible, d'autre part, que les dernières études officielles faites à Bruxelles et à Paris, que les réformes réalisées en Italie, ont éveillé chez tous les gouvernements le doute sur la valeur effective de la police des mœurs et les ramènent au principes des institutions d'hygiène générale qui sont la base de l'Assistance publique sans distinction dans l'état et la qualité des personnes, en même temps qu'aux règles d'une police digne d'états civilisés. (1 vol. in-8 : 5 fr.). G. M.

Assistance publique de Paris.

Concours de l'externat.— Anatomie. — *Mercredi 27 octobre.* Question posée : *Rapports du rectum chez l'homme.* — MM. Nora 15, Oberlin 14, Paulin 9, Perrier 11, Menville 5, Proust 18, Quantin 11, Plaisant 17, Morice 7, Mlle Popelin 18, MM. Patrikios 8, Morin (Pierre) 12, Marion 1/2, Oulié 15, Popesco-Pascan 4, Pichon 16, Morin (Paul) 17, Peltier 19, Merlin 5.

Absents : MM. Perrin, Monprofit, Masson.

Excusés : MM. Masson, Nounez, Petitjean, Peyre, Netter et Pépin.

Jeudi 28 octobre : Question posée : *Muscle sterno-cléido-mastoïdien.* — MM. Morel (André) 11, Provost 11, Olivièri 11, Pechdo 12, Morel (Paul), 13, Mollet 19, Plichet 9, Meyerson 19, Mercier (Jacques) 11, Neyraud 10, Penot 14, Neau 9, Petit 14, Persillard 13, Péna 11, Mathelin 12, Plumey 12, Mladenoff 11, Ohier 13.

Absents : MM. Monnot (Paul), Pesnel, Patriarche.

Excusé : M. Gille dit Dehelly.

Dimanche 31 octobre. Question posée : *Plèvres.* — MM. Tourneix 12, Rousse 12, Mlle Sempé 7, MM. Silvestre 12, Schlemmer 15, Roustan 14, Roberti 7, Richoux 13, Mlles Samet 10, Schmerling 12, MM. Schulmann 16, Vacher 5, Tribout 19, Senèque 15, Téphine 15, Roussillon 11, Valiadis (Jean) 13, Raphael 13.

Absents : MM. Rocher, Rameau, Rivet, Taphanel.

Pathologie.— *Mercredi 27 octobre.* Question posée : *Symptômes, formes et évolution de la péritonite tuberculeuse.* — MM. Clouzeau 15, Carpanetti 19, Dellac 15, Détourbe 17, Chenet 11, Crétin 9, David 1, Dau 9, Charbonnier 14, Casarès 8, Mlle Chauvet 7, MM. Caillet 5, Chavasse-Frétaz 15, Chatenaud 16, Constantin 13, Dauvert 8, Mlle Chneerson 7.

Absents : MM. Combes, Didier (Raymond) et Combourieu.

Excusés : MM. Chevaliéras et Destremont.

Jeudi 28 octobre. Question posée : *Des différents râles et souffles entendus à l'auscultation des poumons, leurs caractères, leur signification pathologique.* — MM. Dalbanne 12, Chaffaut 13, Mlle Denis 15, Chéron (André) 16, Bruant 4, Dohen 6, Delort 7, Dantrelle 16, Delamare 6, Cléret 10, Chick 7, Aussilloux 8, Chapelain 11, Balteau 13, Barbier 6, Bourgeois 17, Breger 10, Belloir, 18.

Absents : MM. Desanges, Chéron (L.), Cluzel, Champavère, Chataignon, Chevalley, Basset, Bourgon, Balizeaux, Besson, Boissier, Bernard, Bozonet.

Vendredi 29 octobre. Question posée : *Configuration extérieure et rapports de l'utérus.*— MM. Picard (Pierre 10, Pénoyée 5, Poissonnier 15, Mugel 12, Salles 15, Mlle Romme 20, MM. Tenier 8, Simon 10, Sébald 9, Salmont 8, Mlle Tasserie 14, MM. Verdenal 18, Réglade 12, Schoux 11' Mlle Rosemblum 16, MM. Sfez 10, Renard 10, Scheikevitch 10, Tarrius 13.

Absents : MM. Vautier, Robillot.

Excusé : M. Monnot (Paul).

Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris.

Hôpital Saint-Antoine. — *Cours de technique clinique élémentaire à l'usage des étudiants de 1re anné*— Le Dr P. Le Noir, assisté de MM. les Drs Jean Camus, H. Couraux et Ambard, anciens internes des hôpitaux, et de M. l'interne de service, commencera le *lundi 8 novembre* une série de Conférences à l'usage des Etudiants de 1re année et les continuera tous les matins, à 9 heures, Salle Axenfeld.

Le cours est gratuit. — Se faire inscrire.

REVUE CRITIQUE

—

Le tabagisme;

Par le Dr CRÉPIN (1).

A la faveur d'une accoutumance rapidement acquise, la plupart de nos contemporains s'adonnent à l'usage du tabac et pensent le faire impunément par la raison qu'ils n'éprouvent aucun symptôme immédiat d'intolérance. Accoutumance cependant n'implique pas innocuité.

L'intoxication tabagique aiguë accidentelle mise à part, l'intoxication chronique par ses effets physiologiques et son retentissement sur la nutrition se présente comme un facteur appréciable de morbidité.

Système nerveux, cœur et vaisseaux, reins, poumons, glandes vasculaires sanguines, foie, appareil digestif peuvent être en effet plus ou moins touchés au cours du tabagisme particulièrement incriminé en ces temps derniers dans la genèse de l'athérome.

M. Gy, qui vient de consacrer sa thèse inaugurale très documentée à l'étude expérimentale et clinique du tabagisme, aura contribué dans une importante mesure à la mise au point de la question.

Toxicité du tabac. — Comment le tabac est-il toxique ? On sait qu'il contient diverses bases : ammoniaque, potasse, chaux, lithine, oxyde de manganèse, oxyde de fer, magnésie ; des matières minérales parmi lesquelles la silice ; des acides minéraux (sulfurique, chlorhydrique, phosphorique, azotique) ; des corps neutres organiques (résines, cire ou graisse) ; un alcaloïde volatil, la nicotine découverte en 1809 par Vauquelin, de la collidine isolée par Le Bon, de l'acide prussique, de la thiotétrapyridine et de l'isodipyridine, enfin divers produits volatils récemment étudiés par Pictet.

Entre tous ces corps la nicotine avait jusqu'à ces derniers temps accaparé presque exclusivement l'attention à cause de son extrême toxicité. Il est en effet classique d'admettre qu'il suffit de deux gouttes de nicotine pure pour foudroyer un chien de taille moyenne, de huit gouttes pour provoquer la mort d'un cheval et que la dose d'une seule goutte est mortelle pour l'homme adulte.

Le Bon, cependant, ayant déposé sur sa langue une goutte de nicotine, prétend n'avoir éprouvé que des vertiges et de la somnolence. Comme le fait observer M. Gy, cette contradiction est plus apparente que réelle, car les expériences (anciennes de plus de quarante ans) qui l'ont motivée remontent à une époque où les moyens de préparation dont on disposait ne permettaient pas encore d'obtenir la nicotine absolument pure.

La quantité de nicotine contenue dans le tabac augmente avec l'âge de la plante et varie selon sa provenance entre 2 grammes de nicotine pour 100 grammes de feuilles sèches dans le tabac de la Havane et 8 grammes pour 100 dans le tabac du Lot. D'autre part, la fermentation que subit le tabac avant d'être livré à la consommation abaisse sa teneur en nicotine, néanmoins le tabac ordinaire en renferme encore de 2 gr. à 2 gr.5 pour 100. Tout en reconnaissant l'extrême toxicité de cet alcaloïde, l'auteur a constaté que l'accoutumance s'acquiert assez rapidement.

Il établit une distinction entre l'intoxication par le tabac en nature (tabac prisé ou mâché, infusion ou macération de tabac), auquel cas la nicotine et aussi la nicotéine ont le rôle toxique prépondérant, et l'intoxication par la fumée de tabac, due moins à la nicotine qui disparaît en grande partie dans la combustion lente du tabac, qu'aux différents produits toxiques résultant de cette combustion lente : acide prussique, collidine, méthylamine, bases pyridiques, ammoniaque, aldéhyde formique et oxyde de carbone. Un gramme de tabac en cigarettes donnerait en effet de 20 à 80 c. c. de ce dernier gaz, d'après Marcolet ; de sorte qu'un fumeur qui consommerait en cigarettes 20 grammes de tabac par jour produirait de 400 à 1600 centimètres cubes d'oxyde de carbone en 24 heures.

Dans ses recherches expérimentales, M. Gy a suivi plusieurs techniques : injections de nicotine à dose variable, méthode dont le défaut est de ne prendre en considération que l'un des corps entrant dans la constitution du tabac, en négligeant tous les autres ; introduction par voie veineuse, cutanée ou œsophagienne d'infusions ou de macérations de tabac, procédé qui se rapproche davantage de la réalité, mais reste encore assez éloigné des conditions habituelles de l'intoxication humaine ; enfin utilisation non pas du tabac mais de la fumée de tabac, sous forme d'eau de fumée (procédé défectueux par la raison que certains produits de la combustion du tabac sont insolubles dans l'eau, de sorte que la dissolution aqueuse de la fumée ne contient qu'une partie des produits résultant de la combustion), soit sous forme d'atmosphère de fumée ou d'insufflation de fumée sous la peau, procédés de choix.

Etude expérimentale de l'intoxication tabagique aiguë chez l'animal. — Les expériences de Monsieur Gy, portant sur le chien, le lapin, le cobaye et la souris, lui ont permis d'établir que la dose de 2 c. c. d'une macération de tabac est mortelle pour le lapin, lorsqu'elle est injectée d'emblée par voie veineuse, tandis qu'elle peut être tolérée lorsqu'on procède par injections de doses progressivement croissantes, pratiquées en série. Cette tolérance, qui s'explique moins par la formation d'antitoxines dans le sang que par une adaptation particulière des cellules de l'organisme, est, toutes choses égales d'ailleurs, très variable d'un sujet à l'autre.

Les principaux symptômes observés chez les animaux soumis à l'intoxication tabagique aiguë consistent d'abord en une polypnée intense avec apparition d'écume sanglante à la bouche ; en même temps l'animal est secoué de violentes convulsions cloniques auxquelles succèdent au bout d'une ou deux minutes soit des contractures fréquemment généralisées (opisthotonos), soit des paralysies intéressant plus spécialement le train postérieur ; ces phénomènes aboutissent au coma mortel ou font place à une asthénie extrême plus ou moins prolongée.

Dès le début de l'intoxication on note une vaso-constriction à laquelle succède plus tard une vaso-dilatation paralytique.

Une hypertension considérable résulte de la vaso-constriction initiale. Ces phénomènes sont dus à l'action du toxique sur le pneumogastrique, car ils ne se produisent pas lorsqu'on sectionne le nerf ; de même, la polypnée diminue après la section du vague ; elle relève donc de la même cause, et M. Gy admet que dans le tabagisme aigu expérimental, « la mort survient par suite de troubles bulbaires commandés eux-mêmes par une excitation corticale, ces troubles entraînant une série de perturbations dans le système circulatoire et l'appareil respiratoire. »

Les lésions dominantes à l'autopsie intéressent le cerveau, qui présente, par la méthode de Nissl, un état de chromatolyse des cellules nerveuses, et le foie qui est le

(1) D'après Gy, Thèse de Paris, 1909.

siège d'une congestion plus ou moins intense, d'hémorragies et de dégénérescence du parenchyme.

Etude expérimentale de l'intoxication tabagique chronique chez l'animal. — Chez les animaux soumis à l'intoxication tabagique chronique, aucun appareil n'est à l'abri du poison.

Du côté de la sphère génitale, on note l'avortement fréquent, expression de l'intoxication et dû peut-être dans une certaine mesure à une action directe du poison sur le muscle utérin dont il éveille la contractilité. Détail important : le foie de l'embryon présente souvent les mêmes altérations que le foie de l'animal adulte soumis à l'intoxication massive. Lorsque la gestation n'est pas interrompue, les produits sont débiles, chétifs et présentent des signes évidents de dégénérescence.

Sur l'appareil digestif, l'intoxication tabagique chronique atteint surtout l'élément sécréteur en augmentant, comme Pouchkine l'a établi, la quantité de suc gastrique et en diminuant son acidité ; la quantité d'acide chlorhydrique libre tombe bien au-dessous de la normale ; on observe même dans certains cas un véritable processus de gastrite interstitielle.

Du côté de l'intestin on note le plus souvent de la diarrhée plus ou moins précoce, due soit à une sécrétion exagérée des glandes, soit, comme le prétend Aubert, à une exagération du péristaltisme intestinal produite indirectement par l'irritation des filets terminaux des vagues.

Le tabac excite aussi la sécrétion des glandes salivaires, mais ne paraît guère modifier son pouvoir amylolytique.

Dans le foie, outre les hémorragies et les foyers de nécrose, on peut noter une infiltration de cellules embryonnaires autour des vaisseaux interlobulaires et des canalicules biliaires, comme l'ont montré Gouget, Adler, Graziani.

M. Gy trouve fréquemment la dégénérescence graisseuse, ou vacuolaire de la cellule hépatique, la dislocation des travées lobulaires par hémorragies intraparenchymateuses, enfin des lésions de sclérose, et il insiste sur le possibilité de créer expérimentalement une véritable cirrhose tabagique. Ses expériences, qui ont duré dix mois, et ont porté sur 20 lapins, 8 cobayes et 2 souris, lui ont permis de constater chez tous les animaux en observation une gamme d'altérations scléreuses, depuis la sclérose jeune riche en cellules jusqu'à la sclérose adulte riche en fibres. Cette sclérose a son origine au niveau de l'espace porte et intéresse au même degré l'artériole, la veine et le canalicule ; de là, le tissu de sclérose envahit peu à peu les fentes de Kiernan, au point que chez les animaux intoxiqués de vieille date, les bandes de sclérose arrivent à se rejoindre, isolant ainsi le lobule, la veine centro-lobulaire demeurant ordinairement indemne.

Au cours de l'intoxication tabagique chronique, le foie est donc altéré dans sa totalité : son tissu noble étant frappé de dégénérescence, et son tissu de soutènement de sclérose.

Le rein est touché à un degré moindre que le foie, comme l'ont constaté la plupart des auteurs ; les glomérules restent sains, à peine note-t-on quelques altérations des tubuli contorti.

Le tabac n'agirait qu'indirectement sur le rein en tant que facteur d'hypertension artérielle.

Quant à son action diurétique elle est connue depuis longtemps.

Sur l'appareil respiratoire, le tabac ne produit pas de lésions histologiques apparentes ; les phénomènes de polypnée et ensuite de ralentissement des mouvements respiratoires que son intoxication détermine relèvent le premier d'une excitation directe, le second d'une paralysie du centre respiratoire.

Sur l'appareil circulatoire le rôle de l'intoxication tabagique chronique comme facteur d'athérome a soulevé en ces derniers temps bien des controverses. Tandis que Josué obtenait des résultats négatifs avec des solutions de nicotine, Adler, Hensel, Grebowshy, Papadia, Miller, Boveri, Baylac et Amouroux, Gouget, Lesieur, Lœper et Ball publiaient des résultats positifs, soit avec des solutions de nicotine, soit par injections de macérations, d'influsions ou de fumée de tabac.

Ces auteurs ont trouvé dans l'aorte du lapin, sur une plus ou moins grande étendue, des plaques d'athérome caractéristiques. Gy, pour sa part, ne constate l'athérome que trois fois seulement sur trente-quatre lapins soumis à l'intoxication pendant plusieurs mois.

Ce résultat s'écarte sensiblement de ceux de Boveri qui publie 10 cas d'athérome sur 16 lapins, de Baylac et Amouroux (5 sur 8), de Gouget (1 sur 8) de Grebowshy (7 sur 9) de Ball (3 sur 12).

On pourrait sans doute expliquer ces divergences par ce fait que Gy a expérimenté sur des lapins jeunes, d'un poids toujours inférieur à deux kilos, tandis que les expériences des auteurs précédemment cités ont plutôt porté sur des lapins âgés ; or il faut remarquer que le lapin prend avec l'âge une prédisposition indiscutable à l'athérome et présente même souvent des lésions d'athérome spontané.

Dans ces conditions la constatation de lésions athéromateuses chez un lapin âgé soumis à l'intoxication tabagique ne permettrait pas de conclure que le tabac est seul en cause dans la production de l'aortite, mais conduirait seulement à penser qu'il a pu favoriser dans une certaine mesure la production de cette aortite. Loin de contester le rôle athéromigène du tabac, Gy est persuadé qu'il contribue à la formation des lésions aortiques par l'hypertension qu'il détermine et par son action toxique sur la paroi vasculaire, mais il pense qu'il ne suffit pas à les faire apparaître chez l'animal.

Sur le sang, l'intoxication tabagique chronique produirait d'après Vos, Petit, Clark, Velich, une diminution du nombre des globules rouges et un abaissement du taux de l'hémoglobine ; Gy conclut de ses expérience que le tabac n'a pas à proprement parler de propriétés hémolysantes.

Du côté des capsules surrénales, Gouget, Bernard, Bigart, Boveri, Ball, ont constaté une augmentation de volume et au microscope des formations hyperplasiques ; à son tour Gy trouve presque constamment des lésions de surrénalite chronique hyperplasique diffuse, dérivant de l'hyperfonctionnement de la glande et qui expliquent vraisemblablement l'hypertension artérielle observée au cours du tabagisme.

Les altérations trouvées dans l'axe cérébro-spinal sont diffuses et intéressent la plus grande partie des éléments nerveux ; l'auteur n'a jamais rencontré d'artérite ni de méningite chronique ni de sclérose cérébrale ou de prolifération névroglique.

Les altérations intéressent avant tout la cellule et portent sur tous ses éléments constitutifs. L'examen de toutes les préparations révèle une chromatolyse non systématisée (soit centrale, soit périphérique, soit irrégulièrement répartie par îlots, parfois totale), l'atrophie ou la disparition des dendrites, la vacuolisation de la substance achromatique qui devient chromophile, la déformation du noyau, enfin, quand l'intoxication a été très prolongée, l'atrophie des cellules peut être observée.

Quant à l'influence de l'intoxication tabagique chroni-

que sur l'état général, elle porte surtout sur le développement et sur le poids ; l'amaigrissement est habituel, et la croissance des jeunes animaux est entravée ; il est vrai que l'odeur du tabac et l'inappétence qui en résulte pour les animaux en expérience suffit à expliquer l'amaigrissement qui est d'ailleurs le plus souvent passager et cesse quand vient l'accoutumance.

Propriétés bactéricides de la fumée. — Pour ce qui est des propriétés bactéricides de la fumée de tabac, Arnold a démontré en 1907 qu'elles ne lui sont pas spéciales, la fumée d'un végétal quelconque, tel que le foin, ayant exactement les mêmes qualités.

D'autre part, Gy a constaté que les microorganismes pullulaient rapidement dans les dissolutions aqueuses de fumée et dans les macérations de tabac.

Tabacs désintoxiqués. Des différents procédés employés pour diminuer la toxicité du tabac, les uns se proposent d'atténuer la nocivité de la fumée, les autres de modifier la composition chimique du tabac lui-même.

Parmi les premiers, les plus courants sont : l'interposition sur le trajet de la fumée d'un corps poreux comme la porcelaine, où la nicotine s'accumule ;

Le dispositif principe du narghileh usité en Orient, grâce auquel la fumée de tabac barbote dans de l'eau ; le procédé de Glazé basé sur la propriété qu e présente le tanin de précipiter la nicotine et consistant à placer dans le porte-cigarette un tampon d'ouate imbibé d'une solution de tanin ; le procédé recommandé par Rénon, facile à réaliser, en interposant sur le trajet de la fumée une substance filamenteuse imprégnée de sels de fer qui fixeraient l'acide cyanhydrique, une partie de la nicotine et de ses produits de décomposition dont l'ammoniaque.

Parmi les procédés ayant pour objet de désintoxiquer directement le tabac, le plus simple consiste dans le lavage du tabac à l'eau avec addition d'ammoniaque pour favoriser l'extraction de la nicotine.

Le procédé russe revient à faire infuser le tabac dans du café ou du thé riches en tanin, afin de produire du tannate de nicotine insoluble et d'autre part d'imprégner le tabac de caféine qui passe pour en être l'antidote.

La méthode allemande de Kissling se propose de volatiliser la nicotine par un courant de vapeur d'eau chaude, mais ce procédé a l'inconvénient d'enlever tout arôme au tabac sans avoir le mérite d'être efficace, car il n'entraîne que la nicotine libre sans modifier les sels de l'alcaloïde qui sont ensuite décomposés par la combustion.

Le procédé de Vendt et le procédé de Parant, de Genève, sont basés sur la précipitation de la nicotine par le tanin.

MM. Guillain et Gy ont déterminé dans quelle mesure ces tabacs dits désintoxiqués sont encore toxiques. Ils ont expérimenté sur 15 lapins, 3 cobayes et 4 souris le caporal doux dénicotinisé de la régie française et le tabac dénicotinisé selon la technique de Parant, et ils ont constaté que ces tabacs produisent sur le foie les mêmes effets nocifs que les tabacs ordinaires ; d'autre part, contrairement à l'opinion de Lesieur, qui prétend n'avoir obtenu avec ces tabacs aucune réaction nerveuse chez l'animal, Gy a observé dans les mêmes conditions des troubles nerveux appréciables.

Néanmoins, Guillain et Gy reconnaissent que ces tabacs ont une nocivité plus faible que les tabacs ordinaires ; l'équivalent toxique de la macération de caporal ordinaire étant de 2 c.c. pour le lapin, tandis qu'il est seulement de 4 c.c. avec le caporal doux et de 5 c.c. avec le tabac dénicotinisé par la méthode de Parant.

Tabacs d'Orient.— Les recherches de M. Gy ont également porté sur les tabacs d'Orient (dans lesquels l'auteur n'a pas trouvé d'opium contrairement à l'opinion accréditée); ces tabacs ont d'après lui une action particulièrement néfaste sur le névraxe se traduisant cliniquement par une asthénie très prononcée et persistante.

Intoxication tabagique chez l'homme.

Intoxication aiguë. — Les modes d'intoxication aiguë sont nombreux : contrebandiers morts pour s'être entouré le corps de feuilles de tabac ; individus morts pour s'être endormis dans une pièce contenant des ballots de tabac, suicides ou crimes (mort du poète Santeuil, affaire Bocarmé). La méthode thérapeutique surannée des lavements d'infusions ou de macérations de tabac compte également à son actif de nombreux cas d'intoxication aiguë souvent mortels.

Brûlure au pharynx, crampe gastrique, vomissements, diarrhée, céphalée violente, pâleur de la face, myosis, sueurs froides, défaillance, tremblement, irrégularités et faiblesse du pouls, convulsions suivies de paralysies, tels sont les symptômes qui donnent le tableau clinique de l'intoxication tabagique aiguë mortelle ou curable.

Intoxication chronique. — Quant à l'intoxication tabagique chronique, son retentissement sur les différents appareils est d'une étude d'autant plus délicate que chez le fumeur une foule d'intoxications, infections, tares constitutionnelles, peuvent cœxister, d'où difficulté, en présence d'un complexus symptomatique, de faire la part exacte de ce qui revient à telle intoxication plutôt qu'à telle autre.

D'ailleurs chacun, suivant ses prédispositions individuelles et son genre de vie, réagira d'une façon particulière à l'intoxication tabagique chronique ; chez celui-ci prédomineront les troubles cardio-vasculaires, chez celui-là les troubles digestifs, chez tel autre, les troubles nerveux.

L'intoxication tabagique chronique a des manifestations multiples sur les différents appareils.

Sur l'appareil génital de l homme, son action est contestable ; sur celui de la femme, particulièrement de l'ouvrière employée dans les manufactures de tabac, on sait qu'il peut être un facteur d'avortement et qu'il est en tout cas un facteur appréciable de débilité pour l'enfant.

Du côté de l'appareil digestif, les troubles peuvent intéresser la cavité bucco-pharyngienne, l'estomac ou l'intestin.

L'habitude de fumer aggrave la moindre lésion de la bouche ; elle prédispose le syphilitique à faire des déterminations buccales, elle joue un rôle de fixation appréciable dans l'étiologie du cancer des lèvres et de la langue.

Dans la leucoplasie buccale, si le rôle déterminant doit être attribué à la syphilis comme l'avait vu Fournier, le rôle occasionnel et collaborant du tabac n'en est pas moins évident ainsi que l'ont montré Milian, Landouzy, Gaucher et Lacapère.

Le tabac, par l'irritation incessante qui résulte de son usage habituel, entretient un état inflammatoire du pharynx, d'où hypertrophie fréquente des amygdales, toux, troubles de la phonation, perturbations qui peuvent avoir une répercussion sur l'ouïe, pharyngite granuleuse due à l'hypertrophie des follicules clos, pharyngite catarrhale chronique, infection plus ou moins accusée du rhino-pharynx.

L'œsophagisme et le hoquet tabagique doivent également être signalés.

✦

Les individus qui font abus du tabac, principalement ceux qui le mâchent, ceux qui déglutissent la fumée, ceux qui fument à jeun sont sujets à des gastrites à type hyposthénique avec fermentation comme l'a montré Robin, et sont souvent atteints d'insuffisance motrice avec hypochlorhydrie, ainsi que l'a établi Soupault.

Par son action sur la fibre musculaire, le tabac est capable d'agir également sur la motricité de l'intestin et de déterminer soit de la diarrhée, soit de la constipation.

Du côté des voies respiratoires, il prédispose (lorsqu'il est prisé ou fumé) aux infections laryngées et trachéales, et aux déterminations laryngées de la tuberculose et de la syphilis.

Si le tabac à faible dose rend les mouvements respiratoires plus amples par excitation des vagues, par contre son abus provoque, après une phase passagère d'excitation, une paralysie des centres respiratoires du bulbe d'où dyspnée *sine materia*, pseudo-asthme tabagique sur lequel Huchard a appelé l'attention.

Malgré l'opinion des auteurs qui, sous prétexte d'action microbicide de la fumée de tabac, en conseillaient l'usage au cours des affections pulmonaires, et en particulier de la tuberculose, il y a lieu bien au contraire de proscrire le tabac à tout tuberculeux pulmonaire car il entretient la toux et risque de déterminer des poussées inflammatoires sur les voies respiratoires supérieures.

Abordant l'importante question de l'influence de l'intoxication tabagique chronique sur le cœur et les vaisseaux, Gy passe en revue les divers troubles cardio-vasculaires qu'elle peut occasionner : il décrit avec détail les cardialgies, les palpitations, les vertiges et s'arrête longuement à l'angine de poitrine tabagique qui, d'après Huchard, relèverait toujours d'une des 3 causes suivantes : 1° spasme des coronaires ; 2° troubles dyspeptiques retentissant sur le cœur ; 3° coronarite et sclérose des artères nourricières du cœur ; tandis que d'après Vaquez elle relèverait surtout de l'hypertension artérielle retentissant sur le ventricule gauche et sur l'aorte à son origine.

A propos de l'action du tabac sur les vaisseaux, Gy met en parallèle d'une part les théories de Potain et de Lancereaux « qui nient le rôle de ce toxique dans la genèse de l'athérome et font de l'hypertension la conséquence et non l'origine de l'altération vasculaire » et la théorie de Huchard et de Robin pour qui l'hypertension artérielle provoquerait à la longue les lésions.

En tout cas, vu la multiplicité des causes d'infection et d'intoxication qu'on peut trouver réunies chez un même individu, il paraît difficile de faire exactement la part de chacune de ces causes, et celle du tabagisme en particulier.

Parmi les troubles d'ordre vasculaire imputables à l'intoxication tabagique, Erb a décrit sous le nom de dysbasie angiosclérotique, une sorte de claudication intermittente caractérisée par une crampe avec engourdissement survenant dans une des jambes, arrêt du pouls tibial et impotence fonctionnelle absolue du membre, troubles qui surviennent à l'occasion d'un travail physique, durent ordinairement plusieurs minutes mais peuvent en persistant déterminer la gangrène sèche athéromateuse d'un orteil ou de l'extrémité du membre. La pathogénie de cette affection s'explique aisément par un spasme de l'aorte qui entrave l'irrigation sanguine.

Contrairement à Decaisne, à Vasne et à Petit, Gy n'a jamais trouvé de modifications dans la constitution du sang.

Quant à l'action de l'intoxication tabagique chronique sur le système nerveux, elle est constante à un degré plus ou moins appréciable chez tout fumeur invétéré et d'autant plus accusée que l'individu est soumis à une cérébration plus intense et qu'il présente une hérédité névropathique plus chargée.

Les troubles nerveux dus au tabagisme peuvent être rangés en 3 groupes principaux : troubles moteurs, troubles sensitifs, troubles intellectuels.

Parmi les troubles moteurs, il faut citer le tremblement tabagique assez rapide, surtout marqué le matin, et pouvant entraîner une sorte d'incertitude des mouvements, le vertige tantôt accompagné de nausées et de sueurs froides, phénomènes passagers conditionnés par des troubles dyspeptiques, tantôt avec céphalalgie temporale, dyspnée et prostration, sueurs froides et sensation de constriction thoracique, troubles qui semblent résulter, comme le pense Decaisne, d'une anémie passagère de bulbe.

Parmi les troubles sensitifs dus à l'abus du tabac, Gy mentionne les algies diverses, les névralgies et entre autres la névralgie faciale d'origine tabagique, la céphalalgie tabagique, la fausse migraine tabagique, la migraine ophtalmique tabagique.

Dans une sphère plus élevée, il convient de placer l'amnésie portant surtout sur les substantifs et les noms propres et l'aphasie tabagique, transitoire, apparaissant brusquement, et pouvant revêtir 3 types cliniques principaux : 1° forme ébauchée avec palpitations, cœur tumultueux et étourdissements ; 2° forme simulant la congestion cérébrale avec hémiparésie droite et céphalée violente ; 3° forme associée à l'angor pectoris.

Ces déterminations démontrent à quel point le tabac est toxique pour les cellules du cortex ; c'est d'ailleurs en tant qu'excitant nerveux que le fumeur recherche le tabac pour l'euphorie, l'hyperexcitation et l'hyperidéation qui résultent de son usage. Mais si, à petites doses, le tabac est un stimulant des fonctions cérébrales, à fortes doses il amène l'insuffisance et la déchéance de la fonction et de l'élément cellulaire ; dans ces conditions il peut aboutir à l'apathie, à l'hébétude, à la neurasthénie, voire même à de véritable psychoses.

Du côté des organes des sens, il y a lieu de citer l'anosmie (chez les priseurs), la surdité relevant d'une névrite atrophique du nerf auditif, l'amblyopie des fumeurs surtout observée chez les hypermétropes et caractérisée par 3 symptômes principaux ; l'éblouissement, l'asthénopie rétinienne et des troubles de la perception des couleurs.

Après quelques considérations d'ordre général relatives au retentissement sur la nutrition de l'intoxication tabagique, particulièrement désastreuse chez l'enfant et l'adolescent dont elle entrave le développement physique, Gy admet néanmoins que, malgré la toxicité du tabac, l'adulte sain peut en faire un usage modéré sans inconvénient appréciable.

En tout état de cause, il est bon de recommander certaines précautions au fumeur pour réduire au minimum les chances d'intoxication : éviter de fumer dans un local exigu, fumer de préférence à l'air libre, consommer des tabacs désintoxiqués qui sont moins nocifs que les tabacs ordinaires. Par contre, tout individu souffrant d'une affection pulmonaire, tout cardiaque, tout dyspeptique, tout névropathe, doit s'abstenir complètement du tabac.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

L'anonymat au concours des hôpitaux de Paris Ses conséquences.

Les médecins des hôpitaux de Paris viennent de faire un referendum sur la question de l'anonymat au concours des hôpitaux de Paris. Tous, ou à peu près tous, ont voté par correspondance et il en résulte que la majorité réclame l'anonymat.

Ce referendum, expression véritable de la pensée générale, a plus d'importance qu'un vote de la Société, représentation toujours incomplète du corps des hôpitaux.

Il montre à n'en pas douter la volonté du plus grand nombre. C'est la meilleure réponse que je puisse faire à mon ami Bernard (1).

Le referendum prouve qu'il y avait eu surprise, et que le rapport condamnant l'anonymat répondait peut-être aux vœux d'une majorité de hasard, mais non à ceux de la majorité absolue et vraie.

Les faits parlent plus fort que toutes les discussions écrites ou parlées.

***

Voici donc qu'il faut un projet de concours où l'anonymat soit autre chose qu'une apparence. Il est du moins à penser que ceux qui l'ont voté le désirent ainsi.

Pour y arriver, il faudra de toute nécessité, indépendamment du problème matériel du déguisement des copies, très facile à résoudre quoi qu'on en dise (2), qu'une condition d'ordre général soit réalisée dans l'économie totale du concours à savoir :

Que les épreuves écrites anonymes soient éliminatoires.

Il suffit de réfléchir un instant, pour être immédiatement persuadé de cette vérité.

Supposons, en effet, que les épreuves anonymes ne soient pas éliminatoires, c'est-à-dire que tous les candidats rentrent avec leur note d'écrit dans le concours, les favoris (lisez : ayant un chef dans le jury, suivant l'expression consacrée) seront bien vite remis dans le peloton des arrivants. Il suffira de deux ou trois points de plus à Pierre et de deux ou trois points de moins à Jacques, pour que l'équilibre se rétablisse. On aura donc peiné pour établir des épreuves écrites parfaitement anonymes ; elles l'auront été, mais leur influence sur le résultat définitif sera nul.

On objectera que les juges sont honnêtes ! Nous en sommes convaincus. Mais il ne faut *plus* que la femme de César puisse être soupçonnée.

***

Les épreuves anonymes étant éliminatoires, il est tout naturel qu'un jury différent soit constitué pour les épreuves d'admission. C'est même là une nouvelle garantie de justice et qui a l'avantage, en divisant le travail, d'épargner aux juges une perte considérable de temps.

On me dira que la Société médicale des hôpitaux a dernièrement émis un vote en faveur du jury unique. Cela est vrai, mais elle l'a fait sans se rendre compte de la nécessité d'épreuves anonymes *éliminatoires*. Avec cette modification, *obligatoire pour la sincérité des opérations*, je ne vois pas quelle objection peuvent faire au jury double les partisans du jury unique.

Il vient alors tout simplement à l'esprit de ne rien changer au concours actuel, sinon que les épreuves écrites soient anonymes, et sincèrement anonymes. Le projet de la commission bouleverse de fond en comble le mode de concours actuel ainsi d'ailleurs que tous les modes antérieurs ; il nous affirme cependant qu'il est semblable à l'ancien concours et nous suggère que la meilleure manière de ne pas paraître versatiles aux yeux de l'administration est de le voter.

Si nous voulons nous servir d'arguments pareils, et mieux encore si nous voulons, comme tous en expriment le désir, que le prochain concours se passe sous des auspices meilleurs, introduisons tout simplement l'anonymat dans le régime actuel. Nous serons ainsi encore bien moins versatiles, Les divers admissibles garderont de la sorte les avantages qu'ils ont acquis ; nous tiendrons compte des efforts progressivement accomplis au cours des années pour améliorer les conditions du concours ; enfin nous ferons la preuve indiscutable de notre *unique* volonté d'améliorer sa moralité, ce qui n'apparaît pas d'une manière évidente dans le projet de la commission.

G. Milian.

(1) Voir sa lettre au *Progrès medical* du 23 octobre 1909, p. 542.

(2) Voir à ce sujet Cruchet : Les concours d'internat et l'anonymat. *Progrès médical* 30 ocobre 1909, [illegible]9.

UROLOGIE CLINIQUE

—

Recherche et dosage du glucose dans l'urine. Méthodes basées sur la formation d'osazones et sur la fermentation (1).

Par L. Deval, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

I. — Osazones. — L'hydrazine $H^2\ Az — AzH^2$ et les hydrazines composées (cycliques ou acycliques, primaires ou secondaires, symétriques ou asymétriques) en présence des aldéhydes et des cétones donnent des combinaisons remarquables. L'étude de ces corps occupe dans l'histoire des sucres (aldoses et cétoses) une place très importante.

La phénylhydrazine, en particulier, fournit avec les aldoses et les cétoses deux groupes de composés : les phénylhydrazones et les phénylosazones, souvent utilisés pour la diagnose des sucres.

A la température ordinaire, en solution concentrée aqueuse ou quelquefois alcoolique, la phénylhydrazine libre (dans certains cas l'acétate) se fixe sur la fonction aldéhyde ou cétone en donnant une phénylhydrazone avec élimination d'eau.

Le glucose, par exemple, donne la glucose phénylhydrazone.

$$CH^2\ OH — (CHOH)^4 — CHO + H^2\ Az — HzH\ (C^6\ H^5) =$$
$$CH^2\ OH — (CHOH)^4 — CH = Az — AzH\ (C^6H^5) + H^2O.$$

Les phénylhydrazones, généralement solubles, cristallisent bien, sont très souvent actives sur la lumière pola-

(1) Dans deux articles précédents (*Progrès médical* des 16 janvier et 1er mai 1909) ont été étudiées les *méthodes basées sur les propriétés réductrices et l'activité optique du glucose*.

risée. A l'ébullition en présence d'acides minéraux, elles régénèrent par fixation d'eau le sucre qui les a engendrées, en même temps qu'il se forme un sel de phénylhydrazine.

L'ébullition avec l'aldéhyde benzoïque permet également de reproduire le sucre primitif.

Au bain-marie, en liqueur concentrée ou diluée, la phénylhydrazine avec un léger excès d'acide acétique attaque non seulement la fonction aldéhyde ou cétone, mais encore une fonction alcool voisine : il se fixe sur la molécule deux restes phénylhydrazine pour constituer une phénylosazone avec élimination de 2 molécules d'eau et et de 2 atomes d'hydrogène, lesquels ne se dégagent pas mais transforment une partie de la phénylhydrazine en excès en ammoniaque et aniline.

Le glucose donne la glucose phénylosazone :

$$CH^2 OH - (CHOH)^4 - COH + 2 (H^2 Az - Az H - C^6 H^5) =$$
$$CH^2 OH - (CHOH)^3 - C = Az^2 H - C^6H^5 - CH = Az^2H - C^6H^5$$
$$+ 2 H^2 O + 2 H$$
$$Az H^2 - Az H (C^6H^5) + 2 H = Az H^2 - C^6H^5 + Az H^3.$$

Les phénylosazones sont généralement insolubles, jaunes, cristallisées, optiquement actives. Les acides ne régénèrent plus le sucre primitif, mais donnent une osone (aldocétose) qui par hydrogénation fournit un cétose, que le sucre primitif soit un cétose ou un aldose.

Les phénylhydrazones et les phénylosazones obtenues avec les différents sucres possèdent des caractères physiques et chimiques qui permettent de les identifier sûrement et dans beaucoup de cas de déterminer avec certitude le sucre qui leur a donné naissance. Les phénylhydrazones permettent le retour au sucre primitif qui les a engendrées, les phénylosazones également quand le sucre générateur était un cétose. En réalité, quand on veut isoler le sucre il est difficile d'y parvenir. Les rendements sont généralement très mauvais. Quelques méthodes de dosage volumétrique ou pondéral ont été établies sur ces réactions, mais le plus souvent on emploie les dérivés hydraziniques au point de vue purement qualitatif.

Nous décrirons la technique permettant d'obtenir les phénylosazones ; elle est simple et donne avec l'urine de bons résultats.

Défécation. — L'urine sera déféquée par l'acétate neutre de Pb ou mieux par le réactif de Patein ; par le sous-acétate si l'on soupçonne la présence d'acide ou de conjugués glycuroniques.

Réaction. — On met l'urine déféquée dans une fiole conique : 50 cc. par exemple, on ajoute 2 cc. de phénylhydrazine, 2 cc. d'acide acétique cristallisable, 2 cc. d'acétate de soude à 25 %.

On mélange, on chauffe au B. M. bouillant pendant 1 heure. Si l'urine renferme plus de 0 gr. 65 de glucose par litre, la liqueur sera troublée, la glucose phénylosazone étant peu soluble.

Au-dessous de 0 gr. 65 p. 1000, le précipité ne se produit qu'après refroidissement. On recueille ce précipité sur un filtre, on le lave à l'eau distillée froide, puis à l'alcool méthylique.

Caractères. — Le produit obtenu est jaune, nettement cristallin à l'œil nu, les aiguilles qui le composent donnent à la masse un aspect chatoyant.

Examinées au microscope, ces aiguilles sont jaunes, très fines, groupées en aigrettes caractéristiques.

Cette osazone est insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool absolu bouillant (1 p. 150), plus soluble dans l'alcool à 60°, insoluble à froid dans l'acétone additionnée de son volume d'eau, dans l'alcool méthylique, insoluble dans la benzine et l'éther.

Purifiée par cristallisation dans l'alcool étendu, elle fond au bloc de Maquenne à 230°.

Rem. — Le glucose, le lévulose, le saccharose, le mannose et tous les sucres qui peuvent s'hydrolyser dans les conditions de l'expérience en fournissant du glucose ou du lévulose fournissent une même osazone.

II. — FERMENTATION. — Les diastases élaborées par certains végétaux : mucors, levures, bactéries, détruisent facilement le glucose. Les corps produits par la destruction de la molécule sont différents, suivant l'espèce végétale employée, d'une part, et pour une même espèce suivant les conditions de l'expérience (aération, dilution, température, etc.) d'autre part. La fermentation est toujours un phénomène complexe fournissant de nombreux produits, certains sont abondants, d'autres n'existent qu'à l'état de traces. La fermentation du glucose peut donner les acides gluconique, oxygluconique, lactique, citrique, butyrique, acétique, formique, les alcools butylique, éthylique, etc., chacun de ces corps étant l'élément principal d'une fermentation particulière. La fermentation alcoolique (alcool éthylique) est la plus importante, tant au point de vue industriel qu'au point de vue analytique.

Une solution aqueuse de glucose ensemencée avec une levure pure, maintenue à la température de 25 à 30°, *à l'abri de l'air,* donne de l'alcool éthylique et de l'anhydride carbonique. On représente la réaction biochimique par la formule :

$$C^6 H^{12} O^6 = 2 (CH^3 - CH^2 OH) + 2 CO^2$$

d'après laquelle 180 gr. de glucose donnent 92 gr. d'alcool et 88 gr. d'anhydride carbonique. Soit encore 51 gr. 111 d'alcool et 48.888 d'anhydride carbonique pour 100 gr. de glucose. En réalité, la réaction est plus complexe, il se produit de la glycérine, des acides acétique, succinique, des aldéhydes, des alcools, des éthers ; on n'obtient pratiquement que 45 à 50 gr. d'alcool et environ 46 gr. de CO^2 pour 100 gr. de glucose, La fermentation, pour être complète (dans les conditions que nous indiquerons), exige de 48 à 72 heures, temps pendant lequel la levure respire, et dégage de l'anhydride carbonique, se multiplie et augmente la masse protoplasmique contenant des matières réductrices. Il résulte de tout ce qui précède beaucoup d'indéterminations dans le phénomène ; cependant on a utilisé la réaction pour le dosage du glucose. Nous n'insisterons pas sur les précautions minutieuses et quelquefois illusoires indiquées pour éviter toutes les causes d'erreur. Nous décrirons seulement l'opération simplifiée, telle qu'on la pratique habituellement et nous considérerons le résultat comme devant vérifier d'une manière approximative ceux obtenus par les autres méthodes.

Ajoutons cependant que le procédé, peut-être moins précis, est plus électif : il exclut les matières non fermentescibles mais réductrices ou optiquement actives que les autres procédés évaluent en glucose.

Technique. Choix du ferment. — La zymase isolée par E. Buchner serait le réactif le meilleur s'il était facile de se la procurer. A son défaut, c'est aux cultures pures qu'il faut s'adresser : aux saccharomyces pastorianus et autres ou mieux au mucor circinelloïdes qui ne fait fermenter que les hexoses et n'intervertit pas les bioses.

Le plus souvent on emploie la levure de brasserie. On

lave quelques grammes de cette levure fraîche en la délayant avec soin dans l'eau distillée, on porte le volume à 250 cc. environ en continuant à remuer et en ajoutant l'eau peu à peu. On agite à plusieurs reprises.

Après un repos d'une demi-heure environ on décante l'eau, et la levure est essorée entre deux feuilles de papier à filtrer, ou à la trompe à eau.

On emploiera une quantité de levure correspondant approximativement à la moitié du poids de glucose à détruire.

Préparation de l'urine. — L'urine sera diluée s'il y a lieu pour que la quantité de sucre soit inférieure à 10 pour 1000. L'urine *ne doit pas contenir* d'albumine, on l'éliminera par ébullition. Il faut éviter toute autre défécation et se contenter d'une simple filtration pour opérer sur un liquide limpide.

Dans les recherches très précises où l'on emploiera un ferment pur, l'urine neutralisée sera stérilisée à 105° pendant 20 minutes.

Après la fermentation on dosera ou bien l'anhydride carbonique volumétriquement ou pondéralement, — ou bien l'alcool par distillation, — ou bien enfin le sucre réducteur disparu, — d'où quatre modes d'analyse distincts.

A. Dosage de CO^2. 1° *Cloche à gaz.* — On introduit le mélange urine et levure dans une cloche à gaz placée sur le mercure. On met le tout à l'étuve à 25°-30° pendant 2 à 3 jours, jusqu'à ce que le volume de gaz n'augmente plus.

On retire de l'étuve et quand l'appareil a repris la température du laboratoire on fait la lecture du volume de gaz, auquel on ajoute, pour tenir compte de la solubilité de CO^2, le volume du liquide aqueux sous-jacent (l'eau à 15°, 760 mm. dissout son propre volume de CO^2).

Sachant qu'un litre de CO^2 à 0° et 760 mm. pèse 1 gr. 965, on calcule le poids p de CO^2, la quantité de glucose correspondante sera donnée par la formule.

$$x = p \times 2,127$$

2° *Appareils à doser l'acide carbonique.* — Ces appareils, dont il existe de nombreux modèles, permettent de déterminer le poids de CO^2 dégagé. Le gaz produit, desséché par SO^4H^2 ou $CaCl^2$ s'échappe librement ou bien est absorbé par de la chaux sodée ; dans le 1er cas, c'est la différence de poids de l'appareil avant et après l'expérience qui donne p ; dans le 2e cas, c'est l'augmentation de poids du tube à chaux sodée qui fait connaître ce même p.

Un appareil facile à monter est celui de Fresenius et Will il se compose de 2 ballons très légers communiquant par un tube coudé et muni chacun d'un tube à dégagement droit.

Dans le 1er ballon on met 50 à 100 cc. d'urine, on ajoute la levure, on met en communication ce ballon avec le second contenant SO^4H^2 ; on ferme le tube droit du ballon à levure, on pèse exactement et on porte à l'étuve à 25°, 2 à 3 jours jusqu'à ce que le dégagement de gaz ait cessé. On retire de l'étuve et quand l'appareil est à la température du laboratoire on le balaie par un courant d'air pur et on pèse de nouveau. La différence de poids donne p, le poids x de glucose se calcule par la formule :

$$x = p \times 2.127.$$

B. Dosage de l'alcool. — Certains auteurs préfèrent doser l'alcool. La fermentation sera effectuée dans un appareil quelconque, en évitant une aération trop abondante. Un ballon bouché avec du coton convient parfaitement. On fait fermenter comme précédemment 100 cc. d'urine par exemple. La réaction terminée on distille environ 50 cc., on ajoute de l'eau distillée, de manière à rétablir le volume primitif, soit 100 cc. On détermine la richesse alcoolique au moyen de l'alcoomètre et du thermomètre, en se servant des tables. Le poids p' d'alcool permet de calculer le poids x de glucose :

$$x = p' \times 1.95.$$

C. Dosage par différence. — On peut encore doser par différence le sucre réducteur fermentescible. Dans un volume V d'urine on dose le sucre par réduction, soit R le poids en glucose de sucre trouvé. Dans un même volume V on dose après fermentation les matières réductrices non détruites, soit r leur poids en glucose. Il est bon de corriger r en tenant compte des matières réductrices fournies par un même poids de levure dans une opération à blanc. La différence $(R-r)$ donne le poids du sucre réducteur fermentescible en glucose.

Remarque. — Dans tous ces calculs le poids x de glucose est celui du sucre contenu dans la prise d'essai. On calculera le poids contenu dans un litre d'urine en tenant compte de la dilution s'il y a lieu.

REVUE DES JOURNAUX

Les régimes systématiques dans les néphrites.

La néphrite aiguë indique *toujours* le régime lacté. Dans les néphrites chroniques, il y a des cas où la perméabilité rénale est normale pour toutes les substances, même pour le chlorure de sodium ; dans ces cas-là, il est inutile d'appliquer le régime lacté ou déchloruré : il faut donner aux malades une alimentation suffisante pour leur entretien. Si on a affaire à une néphrite chronique avec rétention du chlorure de sodium, mais élimination normale des autres substances, on donnera le régime déchloruré avec viande. S'il s'agit d'une néphrite urémigène avec rétention du chlorure de sodium et des autres substances, notamment de l'urée, on peut employer très modérément le régime déchloruré, mais il faut surtout s'abstenir de viande, et généralement on se trouve bien du régime lacto-végétarien avec de temps à autre une courte période de régime lacté absolu.

Enfin, dans toute une série d'albuminuries spéciales, les albuminuries dites orthostatiques, celles qu'on peut rattacher surtout à la débilité rénale, tout traitement systématique est mauvais. Le régime lacté absolu serait particulièrement nuisible chez ces malades, en les exposant à l'inanition et à la tuberculisation. (Castaigne, *Journal des praticiens*, 30 oct. 1909, n° 707.)

La rachianesthésie générale.

La rachianesthésie générale a deux principes fondamentaux : la ponction du rachis à tous les niveaux et l'adjonction de la strychnine à l'anesthésiant : stovaïne, tropocaïne, novocaïne, etc.

Pour le premier point, on peut dire que la ponction du rachis à n'importe quel niveau est bénigne : la crainte de la piqûre de la moelle est absolument non fondée ; peut-être la produit-on, mais elle est tout à fait innocente. Toutefois, la systématisation qu'il avait établie précédemment ne mérite pas d'être conservée : la ponction médico-cervicale est inutile et même nocive, la ponction dorsale moyenne est difficile et inutile. Les ponctions dorsale supérieure (entre la 1re et la 2e vertèbres dorsales) et la dorso-lombaire (entre la 12e vertèbre dorsale et la 1re vertèbre lombaire) sont faciles et suffisantes pour obtenir l'anesthésie de toutes les régions du corps.

Pour le second point, la stovaïne, que l'auteur a principalement employée, et la novocaïne paraissent les meilleures. Le sulfate neutre de strychnine ajouté à la solution anesthésiante lui conserve toute sa puissance analgésique tout en lui enlevant son action nocive sur le bulbe ; c'est grâce à elle que l'anesthésie supérieure est possible sans danger. Les quantités de strych-

nine et de stovaïne que doit contenir le mélange anesthésiant varient avec le siège de l'injection, l'âge du malade et son état général. La dose employée chez un adulte pour l'injection dorso-lombaire est de 1 milligramme de strychnine et 10 centigrammes de stovaïne, l'injection étant faite avec 1 centimètre cube de la solution.

La strychnine et l'anesthésique ne doivent pas être stérilisés, la stérilisation leur enlevant en partie leur qualité : la préparation de la solution ne sera faite qu'au moment de l'emploi, car elle s'altère assez vite et perd ses propriétés. On emploiera de l'eau stérilisée mais non distillée.

La technique est simple : seringue de Pravaz, aiguille à ponction lombaire à bout coupé court, pour éviter qu'une partie de la solution ne se perde entre la dure-mère et le canal osseux.

Ainsi pratiquée, la rachianesthésie générale est absolument bénigne. Elle n'a jamais causé la mort ni donné lieu à des accidents de quelque importance immédiats ou tardifs. Elle ne connaît non plus aucune contre indication. Elle doit réussir toujours si le liquide a pénétré dans l'espace arachnoïdien et si la dose d'anesthésique employée a été suffisante.

Elle est infiniment supérieure à l'anesthésie par inhalation ; par sa simplicité elle est à la portée de tous, et pouvant être pratiquée par le chirurgien lui-même, elle supprime un aide. Dans les opérations sur la face et sur le cou, où l'anesthésie par inhalation est difficile et souvent incomplète, elle sera d'une grande ressource ; dans les laparotomies également, elle est précieuse par le silence abdominal parfait qu'elle détermine. (Jonnesco. *La Presse médicale*, 13 oct. 1909.)

Intoxication par le fromage.

Quarante personnes appartenant à sept ou huit familles avaient mangé d'un même fromage, et présentaient, le même après-midi, un ensemble des mêmes symptômes pathologiques. Chez tous les intoxiqués, les symptômes gastro-intestinaux dominaient le tableau.

« 1° Il y avait, de la mydriase légère chez les malades fortement intoxiqués ; chez les autres, les pupilles étaient normales ;

« 2° De la sécheresse de la gorge, en rapport avec la déshydratation et par les selles ;

« 3° Pas d'altération du goût, ni de goût spécial ;

« 4° Il n'y avait de délire chez aucun malade, et le collapsus s'il existait chez les plus fortement intoxiqués, se dissipa rapidement ;

« 5° Les douleurs intestinales étaient assez prononcées, surtout au niveau de l'ombilic. Des vomissements très opiniâtres, surtout chez les personnes à mauvais estomac, chez celles qui avaient mangé beaucoup de fromage.

« Des vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux et bilieux.

« Chez toutes les personnes qui avaient mangé du fromage, une abondante diarrhée à selles bilieuses, fétides et, chez celles fortement atteintes, même muco-sanguinolentes.

« Chez aucun malade il n'y avait une élévation manifeste de température.

« Le retour à l'état normal a été très rapide, malgré l'intensité des symptômes. Seuls, les individus à estomac délicat ont mis un peu plus de temps pour se remettre. »

Les cultures donnèrent un microorganisme spécial, un petit bacille de 3 à 4 micromillimètres de long, plus petit que le bacille typhique et que le bacille des intoxications alimentaires.

Il est très mobile, plus mobile même que le bacille typhique.

La série des expériences entreprises montre bien que l'intoxication par le fromage de Meirelbeke est due à la présence, dans ce fromage, d'un coccobacille spécial.

Cet organisme est nettement distinct des bacilles paratyphiques décrits jusque maintenant. Ces analyses montrent une fois de plus l'influence des organismes microbiens dans les intoxications alimentaires. (*Presse médicale*, 25 sept. 1909, p. 673.)

Traitement du chancre mou par l'acide phénique à saturation dans l'alcool.

L'eau phéniquée possède un pouvoir diffusible très grand et l'emploi de la solution à 50 pour 100, par exemple, amènerait fatalement l'apparition d'accidents locaux (gangrène) et de phénomènes d'intoxication générale. Au contraire, l'acide phénique en solution alcoolique possède des propriétés toutes différentes. Son action est beaucoup plus superficielle, et elle n'a que peu de tendance à pénétrer vers les organes profonds.

Les raisons en sont dans la petite quantité du solvant par rapport à l'acide phénique. Déposé à la surface du chancre mou, l'alcool ne pénétrera pas dans les tissus sous-jacents, comme le ferait une solution aqueuse d'acide phénique : il s'évaporera au bout de quelques secondes, laissant sa place à l'antiseptique qui agira pour son propre compte.

Technique. — Il faut commencer par déterger soigneusement la surface du chancre du pus qui la recouvre au moyen d'un tampon imbibé d'une solution de sublimé au 1|1 000, d'eau oxygénée ou de tout autre antiseptique, puis tamponner au coton sec, afin de ne laisser aucun débris et d'assécher le fond de l'ulcération.

La cautérisation à l'acide phénique sera faite également à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile fixé sur un stylet et dont l'extrémité aussi fine que possible sera imbibée de la solution alcoolique d'acide phénique de façon à ne toucher que légèrement les différents points de l'ulcération. On aura soin de suivre celle-ci sur tout son pourtour, de pénétrer dans les parties les plus profondes, de passer sous ses bords décollés et d'atteindre les points en activité souvent cachés sous des replis difficilement accessibles.

La cautérisation faite, on se gardera bien de recouvrir la surface cautérisée d'un pansement sec ou humide : c'est en la laissant à l'air libre que l'évaporation se produira le plus rapidement et que la douleur persistera le moins longtemps.

Pour empêcher toute auto-réinoculation, les cautérisations seront répétées tous les jours. On les cessera quand on verra le chancre commencer à se recouvrir d'une mince couche épidermique ; en général, cinq ou six cautérisations suffiront pour amener ce résultat. Lorsque le chancre aura pris franchement l'aspect d'une plaie simple recouverte de bourgeons charnus, on protégera simplement celle bourgeonnante à l'aide d'une couche de dermatol en poudre et la cicatrisation définitive se fera ensuite rapidement. La disparition des ganglions inguinaux suivra parallèlement. (Bodet, thèse de doctorat, Paris, 20 juillet 1909. *Presse Médicale*, 30 octobre 1909.)

Sur un cas de thébaïsme chez un malade au cours du traitement spécifique.

Il s'agit d'un malade qui, traité il y a quelques années par des pilules de sublimé contenant chacune deux centig. d'extrait thébaïque et les supportant à merveille, avait à cause de cela forcé la dose et prenait chaque jour 4 ou 5 de ces pilules. Un jour il vint me voir, très excité, exubérant, les yeux brillants, le pouls animé, parlant avec volubilité, et comme je recherchais la cause de ces phénomènes un peu bizarres, il m'avoua qu'il ressentait un bien-être particulier lorsqu'il était, comme au moment où il se présenta à moi, sous l'influence de ses pilules. Ce malade faisait simplement du thébaïsme aigu et il eût continué ainsi longtemps si je ne lui avais expliqué à quels inconvénients il s'exposait en continuant à forcer ses doses. Et d'ailleurs je supprimai l'extrait thébaïque et tout rentra dans l'ordre. Comme beaucoup, je pense qu'il ne faut associer l'extrait thébaïque aux pilules de Hg qu'en petite quantité, et même qu'il vaut mieux n'en pas prescrire du tout, car ou bien il y en a trop peu et alors il n'agit pas, ou bien il y en a une dose exagérée avec laquelle on s'expose à des accidents d'accumulation. (Henri Fournier. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1909, fasc. VII, p. 491.)

L'utilisation des jeunes chiens comme tire-lait.

Ces jours derniers, en faisant la visite quotidienne des nourrices qui viennent à l'hospice dépositaire des Enfants-Assistés chercher des petits abandonnés pour les élever à la campagne, j'ai observé une femme qui avait perdu son enfant depuis un mois et dont les seins étaient gorgés de lait.

« Vous avez donc donné le sein à un autre enfant, depuis la mort du vôtre, demandais-je à cette nourrice ? — Non, me répondit-elle, je me suis fait téter par un petit chien ».

Il n'est pas plus répugnant de faire téter les bouts de sein

d'une femme par un petit animal, tenu proprement, que de mettre un nouveau-né au pis de la chèvre ou au pis de l'ânesse comme on le fait communément. On ne craint pas de se faire sucer le sang par une sangsue : pourquoi ne pas faire tirer le lait par un petit chien ? Si les circonstances s'y prêtaient, nous ne déconseillerions certes pas d'imiter la nourrice du Pas-de-Calais qui a si bien su garder son lait. (VARIOT, *La Clinique infantile*, 1er nov. 1909, p. 643.) Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 octobre 1909.

Sur la fatigue engendrée par les mouvements rapides. — M. *A. Imbert* présente une note de laquelle il résulte que les mouvements rapides sans production appréciable de travail mécanique extérieur (cas des ouvrières plieuses dans les usines ou les ateliers) engendrent assez rapidement une fatigue qui peut être mise objectivement en évidence par des tracés ergographiques, et dont le degré peut, chez certains sujets tout au moins, être assez élevé.

Action d'eaux minérales et de sérums artificiels radio-actifs sur la survie d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps. — M. *Fleig* a recherché l'action d'eaux minérales radioactivées et de sérums artificiels radifères à minéralisation complexe sur la survie d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps, tels que l'intestin, l'œsophage, le cœur, les globules rouges et les spermatozoïdes.

L'ensemble des expériences de l'auteur montre l'innocuité des injections intracellulaires d'eaux minérales *très radioactivées* infiniment plus radioactives même que celle, qu'on connaît actuellement.

L'acidité du lait des vaches tuberculeuses. — M. *Monvoisin.* — L'hypoacidité des laits des vaches tuberculeuses paraît être corrélative de l'envahissement de la mamelle par le bacille de Koch. Une mamelle fournissant un lait dont l'acidité est inférieure à la normale est une glande déjà tuberculisée.

En l'absence de l'épreuve à la tuberculine, le dosage de l'acidité du lait récemment recueilli permettra de fixer la nature d'une mammite douteuse, même si l'examen microscopique du culot de centrifugation du lait ne révèle pas la présence de bacilles, et le lait hypoacide devra être exclu de l'alimentation des enfants.

Les grumeaux que l'on constate dans les laits tuberculeux ne sont pas produits, comme cela existe dans les autres mammites, par la précipitation des matières albuminoïdes sous l'influence de l'acide lactique et de la présure d'origine microbienne.

Mme PHISALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 novembre 1909.

Pleurésie éosinophile. — M. *Achard* fait une communication sur ce sujet et apporte des observations.

Salpingite éberthienne. — M. *Galliard* apporte l'observation d'une malade, qu'il a soignée pour une fièvre typhoïde. Sans que rien dans l'état de la malade permît de prévoir des accidents, cette femme présenta subitement le syndrome de la perforation. La laparotomie faite immédiatement permit d'éliminer la perforation et fit découvrir la cause du syndrome. Il était dû à une salpingite d'origine éberthienne. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 octobre 1909.

La résection du coude dans les arthrites suppurées. — M. *Rieffel.* — Dans la discussion qui vient de s'engager sur la résection du coude, personne n'a parlé d'un point qui me semble d'une importance majeure au point de vue du résultat à obtenir, je veux dire la position à donner au membre après l'opération. Je place toujours l'avant-bras en extension ou du moins à angle très obtus. J'estime en effet qu'en plaçant le membre en flexion à angle droit on met les extrémités supérieures du radius et du cubitus en subluxation antérieure par rapport à l'humérus. Les os ayant ultérieurement tendance à accentuer de plus en plus cette position, il en résulte de la rétraction des muscles fléchisseurs de l'avant-bras.

L'interposition musculaire — et dans ce but j'emploie tantôt le long supinateur, tantôt le brachial antérieur — est un excellent procédé pour s'opposer à la réankylose.

Je suis partisan de la mobilisation précoce dès le 4e jour, mais je me borne à faire faire de légers mouvements, très doux, faits à chaque changement de pansement. Je n'autorise les mouvements actifs qu'au bout d'un mois environ ou même plus tard chez l'enfant.

M. *Potherat.* — J'ai vu plusieurs cas de septico-pyohémie, de gravités diverses avoir eu pour point de départ des plaies sans importance. La porte d'entrée de l'infection peut même être impossible à retrouver. On peut en pareil cas assister à l'éclosion d'abcès, à des profondeurs diverses et dans les régions les plus variées. Pour ce qui est des arthrites suppurées, j'ai observé une arthrite du genou consécutive à une infection puerpérale et dans laquelle l'arthrotomie suivie de grands lavages suffit à amener la guérison avec conservation des mouvements. Cette opération m'a également donné d'excellents résultats dans un cas de polyarthrite suppurée. Je la considère donc comme généralement suffisante et ne recours à la résection que secondairement si je n'ai pu empêcher l'ankylose en mauvaise position.

M. *Mauclaire.* — Je ne crois pas que les arthrites puissent cliniquement se différencier suivant le microorganisme qui est en cause. Si en effet les arthrites à pneumocoques sont généralement bénignes et si les arthrites à streptocoques sont généralement graves, c'est là une règle qui souffre bien des exceptions. Il me semble donc préférable de classer les arthrites suivant leur évolution même et de distinguer des arthrites suraiguës, aiguës, subaiguës, et même froides, car certaines évoluent presque comme des hydarthroses.

Le traitement doit varier suivant la forme à laquelle on a affaire. Les arthrites suraiguës, très graves. nécessitent la résection d'emblée, les formes subaiguës et même souvent les formes aiguës guérissent parfaitement bien par la simple arthrotomie.

Si la résection est nécessaire dans une arthrite du coude, je fais de préférence l'hémi-résection avec ou sans interposition musculaire, mais en conservant le crochet cubital pour n'avoir pas un coude ballant.

Angiome du maxillaire inférieur. — M. *Morestin.* — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'angiome du maxillaire inférieur chez une jeune femme de 26 ans. Cette affection est très rare, car si certaines tumeurs pulsatiles des os se rencontrent assez souvent, ce sont en réalité des sarcomes ou des endothéliomes pulsatiles et non des tumeurs vasculaires vraies. Dans le cas présent, la tumeur apparut il y a 4 ans sous forme d'une tuméfaction sous-gingivale qui déchaussa une des dents. Un dentiste ayant arraché cette dent, il s'en suivit une hémorragie terrible qui faillit tuer la malade. La tumeur grossit, déchaussant et chassant peu à peu les dents. Une incision faite à son niveau par un médecin qui crut à une périostite amena une nouvelle hémorragie grave. Peu à peu la tumeur présenta des battements de plus en plus nets.

Quand je vis la malade, je constatai au niveau de la tumeur le bruit de souffle intermittent et rude des anévrysmes. La tumeur se réduisait sous la pression. Il n'y avait pas de ganglion et l'état général de la malade était excellent. Je pensai donc à un anévrysme vrai du maxillaire inférieur et je l'opérai. Malgré la ligature préventive de la carotide externe, l'hémorragie fut formidable. Je réséquai la moitié correspondante du maxillaire. La malade a parfaitement guéri. Elle était enceinte et sa grossesse a continué à évoluer.

L'examen de la pièce fait par M. Letulle a montré qu'il s'agissait d'un angiome vrai.

Résection partielle des voies biliaires. — M. *Delagénière* (du Mans) communique une observation intitulée : *Résection d'une partie du canal hépatique et du cholédoque au cours d'une cholécystectomie*

pour cholécystite calculeuse suppurée ; suture bout à bout des deux canaux réséqués ; guérison sans rétrécissement. Cette observation montre, d'une part, l'utilité de sa méthode dite de l'incision de proche en proche des voies biliaires, seul moyen de savoir exactement où l'on est. C'est pour ne l'avoir point cette fois employée qu'il a sectionné les canaux biliaires. Elle montre, d'autre part, qu'il est possible de suturer bout à bout l'hépatique et le cholédoque sans avoir à craindre un rétrécissement ultérieur, car l'opération en question date maintenant d'un an et il n'existe aucune gêne dans l'écoulement biliaire.

Présentation de malades. — M. *Morestin* présente une malade à laquelle il a enlevé une tumeur bénigne du sein par son incision esthétique axillaire, il y a 4 ans. La cicatrice est actuellement invisible. Ch. Le Braz.

Séance du 3 novembre 1909.

Les arthrites suppurées et leur traitement. — M. *Auvray.* — Notre éducation chirurgicale actuelle nous pousse à considérer la résection comme le procédé de choix dans le traitement des méthodes suppurées du coude. Personnellement cependant j'ai toujours commencé par faire une arthrotomie. Or tous mes résultats ont été excellents sauf dans un cas qui s'est terminé par la mort. Encore n'est-ce pas l'opération elle-même qui me semble ici devoir être incriminée mais bien les soins consécutifs, les pansements ayant été mal faits.

Sur une de mes malades que j'ai pu suivre longtemps, j'ai été à même de constater que les résultats éloignés de l'arthrotomie pouvaient être excellents : cette malade a entièrement recouvré les mouvements de son articulation. L'arthrotomie reste donc pour moi le traitement de choix.

M. *Lejars.* — Si l'on résume cette discussion, en laissant de côté quelques points secondaires qui ont été abordés chemin faisant, on constate que pour le premier point, indication de l'intervention, nous sommes à peu près tous d'accord. Il y a quelques divergences de technique, mais comme l'a dit M. Nélaton, l'esthétique est ici de peu d'importance. Ce qu'il faut, c'est obtenir un coude solide et qui permette au malade de reprendre le plus vite possible et dans les meilleures conditions possibles ses occupations. Quant à la mobilisation, là encore l'accord est facile entre nous. Ce qu'il faut, c'est de la faire ni trop tôt ni trop tard.

Rétrécissement congénital de l'urètre. — M. *Bazy* présente un rapport sur une observation adressée par M. Hardouin (de Rennes) et concernant un jeune homme de 17 ans qui était atteint depuis l'âge de 10 ans de troubles urinaires. Peu à peu les mictions étaient devenues difficiles et avaient augmenté de fréquence. Plus tard apparut de la pollakiurie nocturne et ensuite de l'incontinence. On avait déjà constaté chez ce malade l'existence d'un rétrécissement pour lequel on avait fait de la dilatation, mais de façon incomplète et insuffisante. M. Hardouin conseilla et pratiqua une urétrotomie interne et dilata ensuite jusqu'au n° 50. Le malade guérit. Il fait actuellement son service militaire et n'a plus d'incontinence.

Tuberculose des voies spermatiques et leur ablation. — M. *Marion* présente un rapport sur deux observations communiquées par M. Baudet.

La première a trait à un homme de 31 ans atteint d'épididymite tuberculeuse avec envahissement de la vésicule séminale. M. Baudet, après avoir enlevé l'épididyme et le trajet fistuleux qui l'accompagnait, incisa le trajet inguinal dans toute sa longueur ; puis écartant le péritoine il isola peu à peu le déférent et arriva ainsi à la vésicule séminale qu'il enleva. Le malade guérit en quelques semaines.

La seconde qui a d'ailleurs paru dans la *Revue de Chirurgie* a trait à un malade qui a été opéré il y a onze ans par la voie périnéale cette fois. Il a été revu dernièrement et est en excellente santé.

Les observations de ce genre sont peu nombreuses et cette opération a été faite en France pour la première fois par M. Baudet. L'ablation des vésicules malades au cours d'une épididymectomie pour tuberculose, est repoussée par quelques chirurgiens qui font valoir l'indolence des vésicules, leur diminution de volume après la castration, le danger de cette opération. Les partisans de l'intervention répondent à cela que cette indolence n'est pas constante et que la lésion vésiculaire peut être la cause de divers troubles urinaires ou même de complications assez sérieuses. D'autre part leur diminution de volume après castration est loin d'être constante et l'on peut voir la maladie gagner la vésicule voisine et descendre de là vers l'épididyme.

Quant à l'opération, elle est délicate, mais non dangereuse ; sur 58 opérations colligées par l'auteur il y a eu 12 morts immédiates ou éloignées et les 46 autres ont tous tiré grand bénéfice de cette opération.

Elle semble donc devoir être conseillée et elle est indiquée dans les cas de fistules urinaires, d'obstruction par vésiculite, de lésions vésiculaires entraînant des troubles, de lésions étendues du canal déférent. Elle est contre-indiquée dans le cas de lésions étendues des voies urinaires et des poumons ou de mauvais état général.

On peut chercher les vésicules soit par la voie périnéale ou basse soit par la voie inguinale ou haute. La première convient surtout aux grosses vésiculites adhérentes et aux vésiculites doubles ; la seconde, aux cas plus simples et unilatéraux.

Présentation de malades. — M. *Broca* présente un enfant de 4 ans 1/2 atteint d'hypospadias *avec développement considérable de la verge* et cryptorchidie. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 28 octobre 1909.

Conséquences d'une labyrinthite suppurée méconnue : thrombophlébite sinuso-jugulaire et leptoméningite généralisée. — M. *Luc* rapporte un cas, étudié avec soin, de cette grave affection et montre les complications veineuse et méningée qu'elle peut entraîner.

Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe. — M. *Hautant* expose les procédés nouveaux qui permettent l'exploration des canaux semi-circulaires et qui facilitent le diagnostic des suppurations du labyrinthe.

Il décrit notamment l'épreuve de Barany, c'est-à-dire l'excitation des canaux par un courant d'eau froide dans le conduit, qui provoque chez les sujets sains l'apparition du réflexe nystagmique. Puis, il trace les grandes lignes de la trépanation du labyrinthe, puis, cite à l'appui 10 faits personnels qui montrent que cette intervention ne met en danger ni le nerf facial, ni la vie de l'opéré.

Conférence. — Le neuro-arthritisme thyroïdien et son traitement. M. Léopold *Lévi.* — La démonstration du neuro-arthritisme thyroïdien repose : 1° sur les bons résultats du traitement thyroïdien dans les *accidents* du neuro-arthritisme (migraine, rhumatisme chronique, goutte, asthme essentiel, asthme nasal), dermatoses (eczéma, urticaire, psoriasis, sclérodermie) entérite muco-membraneuse, neurasthénie, psychasthénie ;

2° Sur l'existence chez les sujets atteints de ces accidents de petits signes de l'insuffisance thyroïdienne et de l'hyperthyroïdie, réalisant une forme de l'instabilité thyroïdienne ;

3° Sur les circonstances thyroïdiennes d'apparition des syndromes neuro-arthritiques qui expliquent en partie sa plus grande fréquence chez la femme. Le neuro-arthritisme thyroïdien évolue souvent vers la sénilité précoce et l'artério-sclérose.

Le traitement doit utiliser une préparation de glande saine, obtenue par dessiccation à froid et dans le vide. Ses doses seront appropriées à l'état du sujet et d'autant moindres qu'il est plus hyperthyroïdien.

La surveillance se fait par le pouls, la balance, l'état des réactions nerveuses. Parfois, on mettra à profit une opothérapie thyroïdienne *antagoniste* ou bien *associée.* Certaines médications adjuvantes conviendront au point de vue de la pratique. Bien des médications classiques (iode, arsenic, phosphore, etc.) méritent le nom de *métathyroïdiennes.*

Nécrologie. — M. *Jayle* a le très grand regret de faire part à la Société de l'Internat de la mort de M. Bellery-Desfontaines, qui a succombé à une fièvre typhoïde terminée par une perforation et dont la cause tient à l'ingestion d'huîtres. Nombreux

sont les membres de la Société de l'Internat qui ont été les amis de ce très grand artiste, un des chefs incontestés du mouvement artistique de ce temps. Les salles de garde de la Charité et de Saint-Louis, les salles de malades du professeur Pozzi à l'hôpital Broca garderont de lui des fresques d'une haute originalité. Chacun des membres de la Société se rappelle les illustrations du programme des fêtes du centenaire de l'Internat et apprécie l'allure artistique qu'il avait su imprimer au bal de l'Internat.

Malgré la régularité de sa vie, malgré son travail continu et incessant, Bellery-Desfontaines n'avait aucune fortune : il laisse une jeune veuve et deux fillettes. Ses amis ont organisé une souscription en leur faveur et seraient heureux que la Société de l'Internat y participât.

Ils y verraient une marque d'estime pour l'artiste qui aimait tant le corps de l'Internat et qui se montrait toujours prêt quand il s'agissait de lui être agréable et utile.

M. Jayle propose de transmettre à Madame Bellery-Desfontaines l'expression émue de la douloureuse sympathie de la Société.

Dr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séances du 7 et du 21 octobre.

Deux observations de luxation récidivante de l'épaule. — M. *Couteaud* communique deux cas qu'il a traités chirurgicalement. Ses interventions ont consisté en : incision de Ricard, dissociation à la spatule des fibres du deltoïde, plicature horizontale de la capsule. Les résultats fonctionnels ont été excellents. La mobilisation fut faite rapidement, et l'articulation récupéra tous ses mouvements.

Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde traitée avec succès par la laparotomie. — M. *Ducourthial* apporte l'observation d'un malade qu'il a opéré 6 heures après les premiers symptômes de perforation ; après laparotomie, suture d'une perforation assez étendue, située dans le voisinage de la valvule iléocœcale, drainage sans lavage. Le malade fut ensuite mis dans la position semi-assise préconisée par les Américains. Guérison.

Considérations sur le traitement de l'empyème. — M. *Gailloz* présente à la Société le résultat de 28 pleurotomies qu'il a pratiquées à l'hôpital de Saint-Mihiel sur des hommes atteints de pleurésie purulente, et pour lesquels il a eu 24 guérisons et 4 décès. M. Gailloz insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précoce ; pour cela il ne faut pas hésiter à faire des ponctions exploratrices, non avec la seringue de Pravaz, absolument insuffisante, mais avec un trocart de Gotain. Il faut intervenir dès que la ponction a fait reconnaître l'existence de pus dans la plèvre. L'opération de choix est la pleurotomie avec résection costale, qui permet seule de faire un drainage suffisant. Dans les pansements post-opératoires, il y a lieu de surveiller la désinfection de la peau, de façon à éviter l'infection des lèvres de la plaie qui peut retarder d'une façon notable la cicatrisation. Enfin le régime alimentaire des malades devra être rapidement augmenté. M. Gailloz a endormi tous ses malades au chloroforme. En suivant ces principes, un empyème peut être guéri en 45 jours environ.

M. *R. Gicqué* tient à insister aussi sur la nécessité du diagnostic précoce des épanchements purulents de la plèvre. C'est parce que les malades sont envoyés souvent trop tard au chirurgien que la mortalité de l'empyème est relativement si élevée. A l'anesthésie générale, M. Gicqué préfère, pour cette opération l'anesthésie locale à la cocaïne.

Mécanothérapie. — M. *Bidon* présente un appareil de mécanothérapie qu'il a imaginé : « l'arthromoteur général », appareil qui permet de donner activement et passivement tous mouvements à toutes articulations, à n'importe quelle vitesse, n'importe quelle hauteur, n'importe quelle amplitude, que le malade soit assis, debout, ou couché. Cet appareil remplace, à lui seul, toute la série des appareils chirurgicaux jusqu'ici habituellement employés.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. *Marotte* se déclare partisan convaincu de l'autogenèse.

La transformation progressive du B. coli en Eberth est tout à fait admissible, depuis la découverte, dans l'intestin des individus normaux, de toute une série de bacilles intermédiaires entre le coli et l'Eberth (travaux de M. Rimbaud et de Mlle Rubinstein). La fatigue, la chaleur, l'apport d'eaux riches en germes putrides, l'ingestion de certains aliments nocifs, l'altération des fermentations digestives sont autant de conditions favorables pour la transformation du coli en Eberth.

M. Marotte appuie ses arguments de recherches bactériologiques et cliniques qui lui permettent de conclure que la dothiénenterie ne se présente pas uniquement comme une infection primitivement et définitivement localisée à l'intestin, mais souvent aussi comme septicémie véritable, dont les localisations se font secondairement par voie sanguine.

L'immunité de la race arabe vis-à-vis de la fièvre typhoïde fait l'objet d'une discussion à laquelle prennent part MM. ***Moty***, ***Toussaint***, ***Gauthier*** et ***A. Billet***. Il est, en effet, presque admis en principe que les Arabes jouissent d'une immunité spéciale, et que les Français qui vont en Algérie sont frappés par la fièvre typhoïde de 73 à 115 fois plus que les Arabes.

Ces chiffres ressortent des travaux de Longuet, Dumas et Vincent qui concluent à une immunité ethnique.

M. ***A. Billet*** croit, au contraire, que cette immunité n'est que relative, et il cite à l'appui de son hypothèse plusieurs observations. Une épidémie survenue à Sfax en 1899 et relatée par Descosses est des plus suggestives à cet égard : sur 32 cas de fièvre typhoïde observés dans la garnison, 22 furent fournis par des indigènes, soit une proportion de 68 %.

L'épidémie elle-même fut importée par l'élément arabe : les 11 premiers cas furent des tirailleurs indigènes, engagés volontaires, incorporés depuis quelques jours seulement.

Il y a donc certaines inconstances, encore mal définies, à vrai dire, où la fièvre typhoïde frappe les Arabes. Les atteintes sont alors ordinairement graves, et la fièvre typhoïde est souvent méconnue en raison des formes cliniques qu'elle revêt, formes parfois foudroyantes qui sont prises pour des manifestations pernicieuses du paludisme.

H. Billet.

XXIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1).

Dislocation verticale de l'estomac. Pathogénie et traitement. — M. *Gayet* (Lyon) a observé un cas de dislocation verticale très accentuée : le pylore descendait jusqu'au pubis. Le malade (50 ans) présentait de la tétanie et du délire d'inanition. On pratiqua une gastro-entérostomie transmésocolique complétée par une jéjuno-jéjunostomie, puis par une gastroplication suivie de gastropexie. L'opération fut suivie de succès. Le corset souvent accusé de causer la dislocation n'est pas toujours en cause et une part importante doit être réservée à la congénitalité et aussi à l'arrêt de la torsion intestinale. L'auteur recommande dans le traitement de soigner spécialement les sutures dans la partie supérieure de l'abdomen où l'estomac n'a plus sa place.

Cancers de l'estomac et leur malignité. — *M. Malherbe* (Nantes) rapporte un cas de pylorectomie pour cancer chez une femme de 57 ans avec guérison datant de 3 ans. Il y a dans les cancers du tube digestif comme dans ceux de la peau toute une échelle de malignité :

Certaines formes sont relativement bénignes (E. tubulé ou cycylindrique). Il y a donc indication à tenter l'exérèse radicale et comme la nature exacte du néoplasme ne peut être connue avant l'opération, il faut agir au plus vite, l'opération n'aggravant pas les cas fatals.

Il faut, dans le but d'arriver à temps, perfectionner le diagnostic car même pour les plus malignes des tumeurs, il y a une période de localisation étroite et de bénignité relative.

Sur la cholécystentérostomie en Y. — *M. Monprofit* (Angers)

(1) Voir les numéros des 16, 23, 30 octobre et 6 novembre derniers.

en rapportant un cas de cholécystentérostomie en Y pour cancer de la tête du pancréas, insiste sur l'efficacité de ce procédé qui reconstitue un cholédoque nouveau avec un segment du jejunum lequel ne sert plus qu'au transport de la bile. Celle-ci s'écoule ainsi librement alors que le réflexe du contenu intestinal vers les voies biliaires est impossible. La survie du malade a été de plus d'un an et il n'y a plus eu d'arrêt dans le cours de la bile.

Entorse du foie. — *M. Legueu* (Paris) rapporte l'observation d'un jeune homme de 17 ans, chez lequel des signes de péritonite apparurent lentement après une chute sur l'abdomen. A l'opération il trouva le ligament suspenseur complètement rompu au niveau de ses attaches hépatiques

Il y avait en même temps décapsulation partielle du foie d'où suintement biliaire abondant Par le drain l'écoulement biliaire a duré encore près d'une semaine. Pour la tarir, on pourrait peut-être refouler par une hépatopexie le foie vers le diaphragme.

Plaie de la rate par coup de couteau. — *M. Thévenot* (Lyon) a opéré un malade qui avait reçu un coup de couteau dans le 9e espace intercostal. Il trouva une plaie limitée de la rate qu'il sutura. Les suites opératoires furent assez simples. Les faits de splénomégalie publiés jusqu'à ce jour montrent la possibilité de suturer la rate : une plan profond, une suture superficielle de la capsule assurent l'hémostase. Les résultats en sont excellents. Cependant, les lésions contuses, les écrasements restent justiciables de la splénectomie.

M. Soublotitch (Belgrade) est intervenu 21 fois sur la rate. Les points qui l'ont le plus frappé sont les suivants : d'abord la fréquence assez grande de la torsion du pédicule dans les cas de rate mobile, surtout chez la femme. La plupart des malades atteintes de cette affection ont de temps à autre des attaques provenant de la torsion du pédicule.

Quant aux lésions traumatiques, il en a observé 7 cas, dont l'un mérite d'être signalé : il s'agissait d'un jeune homme qui présenta une rupture sous-cutanée de la rate à la suite d'un effort de vomissement suivi de toux, alors qu'il était couché dans son lit au cours d'un accès de fièvre intermittente.

M. Zamadoki (Varsovie), a opéré 5 cas de rupture traumatique de la rate. Il a tenté une fois la suture mais dut y renoncer car les fils déchiraient le tissu splénique. Dans un cas il fit une extirpation partielle et put suturer le moignon restant. Dans les 3 autres cas, splénectomie d'emblée. 5 guérisons.

Occlusion intestinale par torsion double et totale du mésentère. — *M. Brunswic-le-Bihan* (Tunis) rapporte le cas d'un nègre atteint d'occlusion intestinale par torsion complète du mésentère. L'opération eut lieu le 6e jour. Il n'y avait pas de vomissements fécaloïdes. Guérison.

L'occlusion intestinale est fréquente chez les Indigènes de Tunisie et due tantôt à des brides, tantôt à des invaginations, et plus rarement à des volvulus ; ces deux dernières causes se rencontrent de préféreace chez les sujets nègres. L'auteur pense que si, en ville, il faut être prudent en présence d'une occlusion intestinale, et se contenter d'un anus artificiel., il n'en est plus de même à l'hôpital où il faut aussitôt intervenir. On fera une très longue incision et on éviscèrera le malade sous de larges compresses chaudes pour voir tout de suite l'obstacle. Celui-ci levé, si on ne peut rentrer les anses, on ponctionnera l'intestin au bistouri sans hésiter, ce qui, moyennant un bon isolement et une suture rapide, est sans inconvénient. On suture ensuite la paroi en un seul plan par fils métalliques.

Anastomose entéro-rectale par le procédé de la pince porte-bouton. — *M. Lardennois* (Reims) estime que l'anus contre nature ne doit plus être qu'un pis aller provisoire ou une dernière tentative *in extremis.* Il faut toujours chercher à l'éviter et à faire une anatomose entérorectale. Celle-ci est possible, bien que délicate. Elle est plus difficile et plus grave que l'entérosigmoïdostomie et s'adresse aux obstructions siègeant sur le rectum supérieur. Elle ne peut être pratiquée habituellement par le procédé classique des sutures. C'est grâce à la méthode de la pince porte-bouton qu'elle a pu prendre place parmi les autres anastomoses intestinales.

Pour la cure de l'anus contre nature, M. L. conseille de faire, si l'état du malade le permet, une exclusion unilatérale.

Depuis son premier mémoire, il a fait 5 nouvelles entérorectostomies, toutes suivies de guérison opératoire et d'une survie appréciable.

Amputation du rectum. — *M. Verhoogen* (Bruxelles) indique un procédé, qu'il dit facile et rapide, d'amputation du rectum. On ischémie la partie inférieure du corps par le garrot de Momburg et on place le sujet en position centrale de Depage. Une incision longitudinale va de la base du coccyx dans le pli interfessier jusqu'à l'anus, qu'elle contourne. On conserve le sphincter et on le suture ensuite. On dissèque et abaisse le rectum qui estt fixé à l'ancien anus par son bout supérieur. Pas de ligature. Suture de la plaie avec drainage de l'espace présacré.

(*A suivre.*) Ch. Le Braz.

BIBLIOGRAPHIE

Le tabès et les maladies systématiques de la moelle; par le Dr F. de Massary, médecin des hôpitaux de Paris. (Un volume in-18 jésus, cartonné toile, de 360 pages, avec 28 figures dans le texte : 5 fr.)

La *maladie systématique* se définit facilement, c'est celle qui frappe un groupe de neurones ou mieux un *système de neurones* à l'exclusion des autres. D'une façon générale on peut dire que l'axe cérébro-spinal se compose de deux voies principales, la *voie centripète* et la *voie centrifuge*, chacune d'elles étant constituée par deux groupes de neurones articulés entre eux et reliés en plus par des neurones intercalaires. Que chacun de ces groupes dégénère, un syndrome clinique nettement spécialisé traduira cette dégénérescence ; ainsi se trouvera créée une maladie une véritable entité morbide.

Dans la voie centripète, le *tabes* est le type le plus pur des maladies systématiques : l'auteur a, en effet, soutenu jadis, avec le prof. Brissaud, que le *tabes* était causé par la dégénérescence du neurone sensitif périphérique ou *protoneurone centripète* ; il croit toujours que cette théorie est la seule qui explique intégralement le *tabes* et l'expose de nouveau dans ce livre.

Dans la voie centrifuge, la *maladie de Little* et le *tabes dorsal spasmodique* constituent deux autres types aussi purs.

La *maladie de Little* traduit l'agénésie du neurone moteur central (faisceau pyramidal). Quant au *tabes dorsal spasmodique*, il n'est qu'un syndrome que comportent toutes les dégénérescences de ce même neurone moteur central.

Mais plusieurs groupes de neurones peuvent dégénérer en même temps ; la systématisation n'en est pas moins réelle, quoique plus complexe. La *sclérose latérale amyotrophique*, par exemple, comporte une triple systématisation : dans le neurone moteur central (faisceau pyramidal) ; dans le neurone moteur périphérique (nerf moteurs cérébraux ou spinaux) ; dans les neurones d'association (cellules et fibres commissurales de l'écorce, faisceau longitudinal postérieur, cellules des cordons).

Enfin la *maladie de Friedreich* possède une systématisation plus complexe encore, frappant en même temps la voie centripète et la voie centrifuge ; elle résulte de l'arrêt de développement de deux systèmes de neurones centripètes (le protoneurone centripète et le neurone central de la colonne de Clarke se perdant dans le cervelet), auquel s'ajoute la dégénérescence du système des neurones moteurs centraux (faisceau pyramidal).

Ces maladies systématiques de la moelle sont étudiées dans ce volume. Elles le sont aussi simplement que possible. L'auteur a négligé volontairement les historiques fastidieux et les bibliographies superflues. Chacune de ces maladies est décrite comme un type pur auquel il sera facile de rattacher les cas complexes d'observation courante.

Ce volume de 360 pages est illustré de 28 figures ; il se termine par un index des ouvrages cités et par une double table alphabétique des auteurs et des matières, ce qui facilitera beaucoup les recherches. G. M.



TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la recherche des bacilles typhiques et paratyphiques dans les excreta ; technique des prélèvements ;

E. SACQUÉPÉE
Médecin-major de 2e classe
Prof. agrégé au Val-de-Grâce

M. BELLOT
médecin aide-major de 1re classe

On sait l'importance considérable et légitime qu'a pris dans ces dernières années l'examen bactériologique des excreta pour toutes les maladies du groupe typhique (fièvre typhoïde et maladies paratyphoïdes). L'attention apportée à ces recherches se justifie par leur valeur au point de vue du diagnostic, et par les services qu'elles peuvent rendre à la prophylaxie. Le clinicien demande à être fixé le plus vite possible, et avec le moins d'incommodités pour son malade, sur la nature exacte des affections qu'il est appelé à observer et à suivre ; l'hygiène générale ne peut être sérieusement envisagée que si les diagnostics étiologiques sont tout d'abord établis d'une manière ferme. En ce qui concerne les maladies typhoïdes, la « confirmation bactériologique » aussi précoce que possible constitue pour la thérapeutique l'appui le plus solide, et pour la prophylaxie une indication précieuse. Il importe en outre d'être fixé sur l'avenir du typhique, sur la permanence ou la disparition des germes pathogènes de l'intestin et sur les dangers éventuels que leur persistance peut faire courir à la collectivité.

Thérapeutique et prophylaxie trouvent ainsi leur compte à la pratique régulière des expertises portant sur les excreta. Sans doute, ce genre de recherches n'est pas le seul auquel puisse recourir le clinicien : le séro-diagnostic, l'hémoculture, peuvent également donner les meilleurs renseignements. Mais l'hémoculture entre difficilement dans la pratique courante ; le séro-diagnostic est souvent infidèle, au moins au début de la maladie, c'est-à-dire au moment qui intéresse le plus le clinicien ; il constitue d'ailleurs volontiers une épreuve capitale de vérification.

A l'heure actuelle, et quand l'hémoculture est impossible, il est indiqué d'avoir recours à la fois au séro-diagnostic et à l'examen des excreta, pour toute affection qui « sent » la fièvre typhoïde ; l'un et l'autre procédé se complètent et, à l'occasion, se confirment. D'autre part, l'analyse des excreta est le seul procédé qui permette de déceler les convalescents dangereux, les « porteurs de germes », dont les méfaits involontaires paraissent aujourd'hui largement démontrés.

***

Au cours des maladies typhoïdes, c'est surtout dans les selles qu'il y a lieu de chercher à déceler les germes. *Toute recherche de ce genre comporte deux temps distincts : d'abord, le prélèvement des produits pathologiques; ensuite, l'isolement et l'identification des germes contenus dans ces produits.*

Or, les travaux innombrables entrepris un peu partout sur le sujet paraissent avoir exclusivement visé la deuxième partie de ce programme — isolement et identification des germes — sans se préoccuper de la première. En cela on se basait sur l'exemple acquis de la diphtérie et du choléra, dont les agents pathogènes peuvent être facilement isolés à l'aide d'une technique spéciale, peu compliquée : ensemencement sur sérum coagulé pour le b. de Löffler, ensemencement sur eau peptonée pour le vibrion cholérique.

Sans doute, aucun des milieux actuellement en usage pour l'isolement des b. typhique et paratyphique ne possède la délicatesse presque spécifique des procédés mis en œuvre pour la diphtérie et le choléra ; mais la valeur différentielle de ces milieux est incontestablement suffisante pour permettre d'isoler à coup sûr les germes des infections typhiques, quand ils se trouvent en quantité appréciable dans les produits soumis à l'examen.

Cependant, trop souvent, jusqu'ici environ 50 à 65 fois sur 100, l'analyse des fèces ne décèle pas les b. typhique ou paratyphiques, alors que les circonstances cliniques ou étiologiques indiquent au contraire que l'un ou l'autre de ces germes existe sûrement dans le contenu intestinal. La cause de ces échecs n'est pas tout entière dans l'insuffisance des milieux ; elle est aussi, elle est surtout, dans une technique défectueuse de prélèvement.

Cette question du mode de prélèvement ne s'est guère posée pour la diphtérie et pour le choléra. Dans la diphtérie, les exsudats sont prélevés au lieu même de leur formation, sans qu'il intervienne aucune raison constante ou importante de dilution ou de destruction du b. diphtérique. Dans le choléra, en raison même de la fréquence et de l'abondance des selles, le contenu de l'intestin grêle, lieu de développement du vibrion cholérique, arrive rapidement et à peu près intact à l'extérieur ; la traversée rapide du gros intestin n'a pas eu le temps de modifier de manière sensible la composition du contenu de l'intestin grêle. Les produits pathologiques de la diphtérie ou du choléra sont ainsi susceptibles d'être examinés dans des conditions de pureté relative très appréciable. La technique du prélèvement se borne ici à simplement recueillir soit l'exsudat, soit les selles.

Tout autres sont les conditions au cours des maladies typhoïdes. Quelque pathogénie qu'on accepte, il est incontestable que les germes se rencontrent surtout soit dans l'intestin grêle, soit dans la bile ; ils sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche plus des voies biliaires, d'autant plus rares qu'on s'en éloigne davantage. Diverses constatations nécropsiques ont bien mis le fait en lumière, telles celles de Fürgens; de Fornet; de Forster et Kayser; de Pratt, Peabody et Lang. Citons à titre d'exemple les résultats consignés par Forster et Kayser (1). Sur 8 cadavres de typhiques, ces auteurs rencontrent le bac. typhique :

Dans la bile, 7 fois ;

Dans le haut du jéjunum (à 10 centimètres de son début), 6 fois; à la terminaison du jéjunum (à 10 centimètres de la valvule), 5 fois ;

Dans le côlon descendant, 2 fois.

Il ressort de ces recherches et d'autres analogues, que le b. typhique, fréquent dans l'intestin grêle, se raréfie beaucoup dans le côlon, et certainement plus encore dans les fèces émises à l'extérieur. Sans doute, ces chiffres n'ont rien d'absolu ; mais leur valeur comparative paraît indiscutable.

C'est donc dans la traversée du tube digestif que les bacilles pathogènes, émanés des voies biliaires ou des lésions intestinales, disparaissent peu à peu, sous l'influence de causes multiples, dont la plus importante est probablement la concurrence vitale des autres bactéries. Cette traversée est généralement assez longue ; la diarrhée du typhique, bien inconstante d'ailleurs, n'a presque jamais une intensité suffisante pour amener au dehors un contenu intestinal non modifié dans le gros intestin. C'est donc presque toujours que s'exerce l'action destructive des dernières

(1) FORSTER et KAYSER. — Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Galle von Typhuskranken und Typhusbazillenträgern. — (*Münchener medicin Wochenschrift*, 1905, p. 1473.)

parties du tube digestif ; c'est presque toujours que le bol intestinal arrive au rectum singulièrement appauvri de bacilles pathogènes, si même ces derniers ne sont pas totalement absents.

Fort intéressante au point de vue de la biologie générale, cette « stérilisation spontanée » de la flore intestinale spécifique constitue une difficulté non négligeable pour les expertises bactériologiques. On peut y obvier, au moins en partie, par une technique appropriée. Il faut pour cela édifier la première partie du programme dont nous parlions plus haut, celle qui a été délibérément délaissée jusqu'ici, la technique du prélèvement des selles.

***

Deux procédés nous paraissent recommandables : le *procédé des lavages intestinaux* ; le *procédé des cholagogues.*

1° *Procédé des lavages intestinaux.* — Etant donné que les germes pathogènes des maladies typhoïdes se trouvent surtout dans l'intestin grêle et très rarement dans le gros intestin, il y a lieu de chercher à prélever le contenu intestinal aussi près que possible de l'intestin grêle. Pour y arriver, on évacue d'abord le contenu du gros intestin, par deux lavages préparatoires d'eau bouillie, refroidie vers 25° ; l'eau à cette température, provoque de légers mouvements réactionnels de la musculature intestinale, qui complètent l'action mécanique du liquide. Une fois ces lavages effectués et après un temps de repos, on injecte une nouvelle dose d'eau bouillie ; le gros intestin étant rempli, ou à peu près, le malade évacue le liquide dans plusieurs vases stériles ; on conserve pour l'examen le dernier des vases utilisés, renfermant la dernière partie du liquide, c'est-à-dire celle qui s'est trouvée le plus rapprochée de la valvule, et qui ramène avec elle les matières le plus fraîchement émanées de l'intestin grêle.

Tel est le principe. Voici maintenant le détail de la technique : préparer de l'eau bouillie, 3 litres environ, laisser refroidir vers 25°. Faire coucher le patient sur le côté gauche ; injecter doucement dans le rectum (au bock de préférence) 1 litre d'eau bouillie ; l'injection terminée, faire placer le malade, d'abord en décubitus horizontal, et après quelques minutes sur le côté droit. Une fois le premier lavage rendu, injecter le second, dans les mêmes conditions, au bout de 15 à 20 minutes si le sujet est diarrhéique, de 30 à 45 minutes s'il est constipé. Après la deuxième exonération, procéder au lavage définitif, toujours dans les mêmes conditions d'injection ; recueillir ensuite le liquide de ce troisième lavage dans plusieurs vases stérilisés (trois dans notre pratique habituelle) ; ne conserver pour examens que le liquide du dernier vase. S'il existait un peu de parésie intestinale, il n'y a aucun inconvénient à refroidir davantage l'eau employée pour les lavages. D'ordinaire, le liquide injecté est rendu après 5 à 20 minutes.

Le liquide gardé pour examens est généralement trouble, renfermant peu ou pas de blocs solides. Pour les analyses (procédé d'Endo, ou tout autre procédé analogue) on prélève environ 1/4 à 1 cc. de liquide.

Expédier en flacon ou tubes stérilisés, bien bouchés, et autant que possible obturés à la cire à cacheter.

2° *Procédé des cholagogues.* — On sait que certains agents thérapeutiques augmentent sensiblement l'excrétion biliaire, en provoquant le plus souvent un effet purgatif plus ou moins marqué. En raison de cet effet purgatif, l'emploi des cholagogues est contre-indiqué chez les typhiques en évolution ; mais il rend de très grands services chez les convalescents, de même que chez les sujets sains suspects. Les cholagogues ont une triple action favorable, à notre point de vue. En premier lieu, ils provoquent une chasse biliaire ; comme la vésicule biliaire est souvent le repaire des bac. typhique ou paratyphique, ces microbes se trouvent déversés dans l'intestin, en même temps que la bile, en plus ou moins grande quantité. En deuxième lieu, on sait que la bile est un excellent milieu de culture pour le bac. d'Eberth et ses congénères, comme l'ont démontré Conradi, Kayser et d'autres auteurs ; loin de disparaître, il y a donc des chances pourqu'ils se conservent, ou même se multiplient, au moins dans l'intestin grêle. Enfin, l'effet purgatif accélère la marche du bol intestinal et abrège la durée de la traversée digestive, diminuant ainsi les chances de « stérilisation spontanée » évoquées plus haut.

Nous avons eu recours à l'aloès. Une dose de 1 gramme est généralement suffisante pour obtenir l'effet cherché. On aura soin de prélever des selles franchement bilieuses.

Pour augmenter encore les chances de succès, il n'y a aucun inconvénient (sauf chez les malades en évolution à combiner les 2 procédés : cholagogues d'abord, lavages ensuite.

***

Ces modifications dans la technique habituellement suivie, modifications bien faciles à mettre en pratique, donnent les résultats qu'il était logique de prévoir. La découverte du bacille au cours de la maladie n'est plus l'exception, elle devient la règle. De même, la proportion des « porteurs de germes », au moins parmi les anciens malades, augmente singulièrement. Les colonies de b. typhique ou paratyphiques, clairsemées ou absentes dans un premier examen portant sur les fèces spontanément exonérées, deviennent nombreuses ou prédominantes après lavages ou cholagogues. Nous reviendrons bientôt sur ces deux points. Pour le moment, contentons-nous d'en signaler quelques exemples.

1° *Procédé des lavages intestinaux.*

F.... porteur chronique (fièvre typhoïde antérieure ; hospitalisé pour ictère).

Le 5 mars : recherches négatives sur les fèces spontanées.

Le 11 mars : recherches négatives sur les fèces spontanées.

Le 12 mars : lavages intestinaux, 9 colonies de bacille d'Eberth sur 1 plaque.

B.... convalescent.

Le 13 avril : recherches négatives sur les fèces spontanées.

Le 14 avril : recherches négatives sur les fèces spontanées.

Le 14 avril : trois heures après l'évacuation spontanée, lavages intestinaux ; 25 colonies de bacille d'Eberth.

D..... porteur chronique (ictère).

Le 3 juillet : analyses des fèces spontanées : recherches négatives.

Le 3 juillet : cinq heures après l'évacuation spontanée, lavages intestinaux ; 14 colonies de bacille d'Eberth.

Le 16 août : recherches négatives sur les fèces spontanées.

Le 17 août : lavages intestinaux : 22 colonies (bacille d'Eberth).

2° *Procédé des cholagogues.*

C.... porteur sain, suspect.

Le 23 août : recherches négatives sur les fèces habituelles.

Le 24 août : 1 gr. d'aloès, selles bilieuses : 16 colonies de bacille parathyphique B sur 1 plaque.

D..... porteur chronique (ictère).

Le 16 août : analyse des fèces habituelles : recherches négatives.

Le 18 août : 1 gr. d'aloès ; selles bilieuses : plus de 60 colonies (Eberth).

V..... convalescent.

Le 23 août : l'analyse des fèces habituelles donne un résultat positif, mais le nombre des colonies est minime ; 3 colonies (paratyphique B).

Le 25 août ; 1 gr. d'aloès ; selles bilieuses : plus de 60 colonies (paratyphique B).

On voit par ces quelques exemples qu'une technique appropriée de prélèvement rend beaucoup plus sensibles et plus fidèles des méthodes jusqu'ici considérées souvent comme insuffisantes.

Technique clinique élémentaire (1) ;

Par le Dr Paul LE NOIR,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Il y a quelques jours à peine, vous preniez votre première inscription à l'Ecole de médecine et déjà, sans qu'il y ait encore pour vous aucune obligation de scolarité, on vous convie à venir à l'hôpital, à pénétrer auprès des malades, à suivre la visite, à entendre discuter des diagnostics.

N'y a-t-il pas là quelque audace et quelque illogisme ? C'est en effet au nom de la logique que certains, et des plus éminents, protestent contre cette introduction à l'hôpital de jeunes gens ignorant encore tout des sciences fondamentales de la médecine ; vous avez mieux à faire, à leur avis, que d'aller à l'hôpital et pendant cette première année, l'amphithéâtre et le laboratoire doivent absorber tout votre temps.

Telle n'est pas notre opinion et, avec la majorité des médecins, nous estimons au contraire qu'il y a pour vous tout avantage à venir de bonne heure à l'hôpital. Mais nous n'ignorons pas les conditions peu favorables où vous vous trouvez d'ordinaire et nous savons toutes les difficultés rencontrées au début de ces études cliniques par le jeune étudiant. Non pas que l'hôpital lui soit fermé, il lui est même très largement ouvert ; mais que de temps perdu du fait de son inexpérience, de sa timidité, de son ignorance des notions les plus simples de la médecine, voire même de la méconnaissance absolue des termes les plus habituels de la langue médicale.

Que d'heures gaspillées dans des services trop encombrés ; que de matinées mal employées à passer d'une salle dans une autre à la recherche d'un chef ou d'un interne qui ne soit pas trop avare d'explications.

Mieux avisé est celui qui s'attache comme bénévole à un service où souvent il a la chance de rencontrer un interne complaisant qui se fera son moniteur. En tout cas, même pour les plus favorisés, cette instruction du début se fait sans ordre, sans méthode, et est toujours fragmentaire et incomplète ; c'est à ces inconvénients que nous avons voulu remédier lorsqu'il y a 5 ans nous avons eu l'idée, mes collaborateurs et moi, de faire un enseignement clinique très élémentaire pour les étudiants de première année.

Quatre années d'expériences ont confirmé notre opinion et plus que jamais nous avons la conviction que la fréquentation hâtive de l'hôpital peut être profitable dès la première année, mais à une condition, c'est que le jeune étudiant ne soit pas abandonné à lui-même, qu'il soit guidé, et méthodiquement instruit des rudiments de la médecine, que de bonne heure on s'évertue à développer chez lui le sens de l'observation clinique. L'insuffisance de son instruction en anatomie, en physiologie, en pathologie, n'est pas un obstacle insurmontable.

Et d'abord il n'est pas exact de dire que vous êtes ignorants de tout, vous avez fait une année d'études à la Sorbonne. Vous avez acquis des connaissances assez étendues en sciences naturelles et vous êtes à même de comprendre les explications indispensables d'anatomie ou de physiologie humaine qui seront données au fur et à mesure qu'elles vous seront nécessaires.

D'ailleurs, pour remplir le but que nous nous proposons, ces notions se réduisent à peu de chose. Il n'est pas indispensable de posséder tous les détails de l'anatomie du poumon pour s'initier à l'auscultation. Point n'est besoin de connaître d'une façon complète la structure du cœur pour discerner le rythme normal de ses battements.

Il ne s'agit d'ailleurs nullement de vous apprendre à reconnaître des maladies, mais seulement à connaître des symptômes et pour cela un long apprentissage est nécessaire. Apprendre à bien percuter, à bien ausculter, exige de longs exercices auxquels il faut se rompre de bonne heure. Vous pouvez y consacrer cette première année et ce sera une excellente préparation à vos études cliniques ultérieures.

Vous viendrez donc tous les matins à l'hôpital et mes collaborateurs et moi nous ferons tous nos efforts pour que vous y utilisiez votre temps le mieux possible.

Avant toute autre chose, quelques mots d'explications et quelques conseils ne seront sans doute pas inutiles.

En venant à l'hôpital où vous pénétrez peut-être pour la première fois, vous allez vous trouver dans un milieu tout différent de ceux où vous avez étudié jusqu'à présent.

Dans les amphithéâtres, dans les laboratoires, dans les bibliothèques, pendant cette année que vous venez de passer en Sorbonne, comme d'ailleurs maintenant à la Faculté, votre instruction est le seul but poursuivi. Vos maîtres n'y ont d'autre devoir que l'enseignement et peuvent y consacrer tous leurs soins.

Ici, à l'hôpital, il en est tout autrement ; que vous suiviez un service libre de toute attache avec l'enseignement officiel comme celui-ci, ou que vous alliez dans une des cliniques de la Faculté, votre instruction ne vient qu'en seconde ligne ; le traitement des malades y tient naturellement la première place et le chef de service doit nécessairement consacrer la majeure partie de son temps à ses devoirs purement hospitaliers.

L'enseignement clinique se trouve de ce fait dans des conditions moins favorables que l'enseignement didactique, mais il est d'autres difficultés qui proviennent soit des malades, soit des élèves.

Les malades se recrutent en effet au hasard, nous ne les choisissons pas et nous devons nous servir des éléments disparates qui sont à notre disposition.

En outre, la composition de l'auditoire d'un chef de service est aussi un obstacle à un enseignement méthodique et gradué ; cet auditoire manque en effet le plus souvent d'homogénéité, car les élèves ne sont pas tous arrivés au même degré d'instruction.

Nous ne pouvons modifier le recrutement des malades, mais nous pouvons composer notre auditoire et en ne réunissant que des élèves au début de leur scolarité nous sommes assurés qu'il réunira le maximum d'homogénéité.

Quel sera donc notre programme ? Il est très exactement limité par le but que nous nous sommes fixé et qui est la recherche des signes des maladies, des symptômes. En d'autres termes, nous voulons vous apprendre à exa-

(1) Conférences destinées aux étudiants de 1re année. 1re conférence.

miner correctement un malade. Pour cela, il faut d'abord une méthode, c'est-à-dire qu'il faut suivre un ordre raisonné ; il faut ensuite une technique, chaque symptôme devant être recherché suivant des procédés que l'expérience a reconnu être les meilleurs.

On s'attachera donc à vous mettre en possession d'une bonne technique, car sans bonne technique, on ne peut faire de bonne médecine. Et pour vous faire mieux comprendre ce que j'avance, je prendrai un exemple dans un ordre d'idées qui doit vous être familier. Voici un malade que vous suspectez d'être diabétique, ou albuminurique : vous pratiquez l'analyse de ses urines et par ignorance, par méconnaissance des règles qui doivent être suivies en pareille matière, par erreur de technique, vous n'obtenez pas les réactions caractéristiques et vous concluez que les urines ne contiennent pas de sucre ou ne sont pas albumineuses. Vous rejetterez alors l'hypothèse que vous aviez formée, vous en adopterez une autre, et vous ferez une erreur de diagnostic ; très probablement il en résultera une erreur de traitement qui pourra être préjudiciable à votre malade.

Prenons un autre exemple également facile à saisir. Vous ne savez pas prendre correctement le température du corps, cela peut vous paraître paradoxal, mais cela est ainsi, et l'on peut commettre de grosses erreurs dans cette petite opération qui semble si aisée. Vous méconnaîtrez la fièvre et vous ferez encore une erreur de diagnostic.

Je pourrais multiplier les exemples et les prendre dans le domaine de la chirurgie comme dans celui de la médecine et vous montrer que souvent une erreur de technique est à la base d'une erreur de diagnostic. Que de pleurésies, de pneumonies, de fièvres typhoïdes, que de fractures, de luxations méconnues, parce que les symptômes cardinaux n'ont pas été convenablement recherchés.

Ce que nous voulons, c'est vous mettre en main cet instrument de travail, indispensable. Vous trouverez plus tard dans vos livres la description des maladies, mais quel que soit votre zèle, vous ne pourrez apprendre seul à palper, à ausculter, à percuter. Vous pourrez posséder la théorie, mais pour la pratique des conseils journaliers, une direction ici même à l'hôpital, au lit du malade, vous sera indispensable, et cela est d'autant plus important qu'ici en médecine, comme dans bien d'autres arts, cette instruction première, si elle a été insuffisante ou défectueuse est bien difficile à compléter ou à rectifier dans l'avenir.

Chaque matin, dans une conférence d'une demi-heure environ, l'on vous donnera les connaissances théoriques nécessaires sur le sujet à étudier et immédiatement après vous passerez à l'application, c'est-à-dire vous viendrez dans les salles de malades mais pas tous à la fois, car vous êtes trop nombreux.

Vous serez divisés en petits groupes sous la direction d'un de mes assistants ou de moi-même.

A partir de ce moment vous devenez des médecins et comme tels vous avez vis-à-vis des malades tous les devoirs du médecin et ces devoirs sont nombreux.

C'est d'abord la discrétion et vous n'ignorez pas que le secret professionnel est une obligation légale, mais je dirai plus : c'est une obligation de conscience. Vous allez devenir le confident des malades, vous allez être le dépositaire de leur secrets les plus intimes. Rien de ce que vous apprendrez ici ne doit être révélé.

Mais vis-à-vis du malade lui-même, vous devrez aussi surveiller vos paroles, car souvent vous devrez lui laisser ignorer la nature du mal dont il est atteint, et il a pu arriver que c'est par des paroles imprudentes prononcées par des élèves qu'un malheureux a pu apprendre le nom du mal incurable dont il était atteint.

Vous devez encore au malade le respect, respect de ses misères, de sa déchéance physique.

Mais vous lui devez aussi la douceur. Il se prête à votre instruction et vous êtes, de ce fait, son obligé. Vous devez éviter de le fatiguer et jamais votre intervention ni votre présence ne doivent être pour lui une occasion de douleur physique, un surcroît de peine morale, et si, d'aventure, un malade se refuse à votre examen, vous ne devez pas insister.

Vous lui devez, en un mot, la bonté, cette bonté médicale qui n'est ni la sensiblerie, ni la faiblesse, mais qui est faite de pitié véritable et de compassion, qui doit se traduire dans toute votre manière d'être, dans vos paroles comme dans vos actes.

Vous devez encore à vos malades de prendre certaines précautions matérielles et de ne pas être l'agent de transport du mal. Vous devez faire de la prophylaxie. On vous dira comment.

L'oublier dans certains cas serait criminel.

Mais j'en ai fini avec les obligations que vous contractez. Vous en avez vis-à-vis du personnel infirmier, des surveillantes, que vous ne devez pas gêner dans l'accomplissement de leurs devoirs ; vis-à-vis des élèves du service, externes et internes, vos ainés, qui seront heureux de vous renseigner, mais que vous ne devez pas importuner. Vous en avez enfin vis-à-vis de l'administration de l'Assistance publique, qui vous ouvre largement ses portes, que vous accueille dans ses hôpitaux avec une libéralité que vous ne trouverez pas dans d'autres pays. Vous devez être respectueux des règlements, d'ailleurs très peu oppressifs, qu'elle vous impose.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le mouvement syndical dans le Corps médical français. Le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Union des Syndicats médicaux de France.

En cette année 1909 ont été célébrés le cinquantenaire de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France et le vingt-cinquième anniversaire de l'Union des Syndicats médicaux.

La cérémonie syndicale, moins brillante mais plus intime que la fête de l'Association, a eu lieu samedi 13 novembre, à 3 heures du soir, dans la salle de la Société de Géographie, devant le Président, le Secrétaire général et le Trésorier de l'Association qui avaient été conviés, et les délégués des Syndicats. Elle a consisté en une séance où ont été prononcés deux discours et un rapport, séance intercalée entre deux réunions de l'Assemblée générale annuelle de l'Union des Syndicats médicaux de France où de très importantes questions professionnelles ont été discutées. Cette cérémonie très simple ne mériterait qu'un compte rendu de quelques lignes, si elle ne nous offrait l'occasion de donner ici une idée des progrès remarquables du mouvement syndical dans le Corps médical français.

Après le discours de M. le Dr Gairal, de Carignan, président de l'Union, discours d'une sobre éloquence, empreint d'une foi profonde et sincère dans l'avenir des Syndicats Médicaux et dans l'utilité de leur action, tant pour le bien public que pour l'amélioration de la profes-

sion médicale, M. le Dr Mignen, président du Syndicat de la Vendée et fondateur du petit Syndicat local de Montaign, le premier Syndicat de France, est venu dire quelles furent les difficultés des débuts et les conditions délicates où se trouvèrent les premiers champions du mouvement syndical. Puis, dans un rapport que nous fîmes nous-même, comme secrétaire général de l'Union, nous rappelâmes les origines de notre Fédération auxquelles les noms d'Auguste Cézilly, de A. Barat-Dulaurier, de Gibert, du Havre, de Chevandier, de la Drôme, sont indissolublement attachés. Nous terminâmes en traçant le programme syndical de la profession médicale, programme qui peut se résumer ainsi :

En assurant le respect du libre choix du médecin par le malade, donner au médecin praticien la somme la plus grande d'indépendance et de dignité. Défendre la liberté de chacun en respectant la liberté des autres. Soutenir le plus faible et arriver plus tard par l'aide collective à réparer dans la mesure du possible les inégalités fatales dans la lutte pour l'existence.

Donner un large concours à l'Etat et aux administrations en matière d'hygiène, de prophylaxie et d'assistance, mais offrir une collaboration collective et éviter le plus possible les interventions individuelles, destinées à conduire le médecin à la fonctionnarisation. Repousser énergiquement les fonctions offertes par les collectivités mutualistes, financières, industrielles et autres, les réduire à de simples contrôles pour éviter aux médecins les déboires du salariat. En un mot, préparer le Corps médical, en l'organisant, à pouvoir toujours se faire respecter et à remplir un rôle digne et utile, quelles que soient les transformations de la société future.

Les appels qu'ont faits les protagonistes du syndicalisme médical, ont été entendus. D'après la statistique la plus complète que nous avons pu faire dresser par M. Charles Vallat, notre dévoué secrétaire et collaborateur, il existe à l'heure actuelle, en France, 206 syndicats médicaux : 145 font partie de l'Union des Syndicats médicaux de France : 131 au titre d'affiliés, 14 par la seule affiliation de leurs bureaux en attendant une adhésion plus complète. 61 syndicats, d'importance moins grande pour la plupart, ne sont pas encore fédérés, surtout à cause de la faiblesse de leurs cotisations.

Sur les 20.877 médecins français, exerçant ou non, **12.013** sont syndiqués, 8.275 ont adhéré à l'Union des Syndicats médicaux et 3.738 ne font pas partie de l'Union.

Un certain nombre de Syndicats sont en outre groupés en Fédérations régionales, pour la plupart adhérentes à l'Union et fondées par elle, ce sont : les Fédérations du Sud-Est (Lyon), du Nord et du Pas-de-Calais (Lille), du Sud-Ouest (Toulouse), du Nord-Est (Reims), de Provence (Marseille), de la Basse-Loire (Tours et Angers). D'autres forment les Fédérations départementales du Calvados, de l'Eure, de l'Hérault, du Loiret, de la Manche et de l'Orne. Il existe de grands Syndicats départementaux tels que ceux du Cher, de l'Oise, de Meurthe-et-Moselle, de la Loire-Inférieure, du Var, du Gers, du Tarn-et-Garonne, etc., etc., des Syndicats autonomes d'arrondissements, comme ceux de Brives, Libourne, Narbonne, etc., des Syndicats urbains (Versailles-ville), des Syndicats suburbains (Versailles-arrondissement, Bordeaux suburbain, etc.), des Syndicats régionaux s'étendant parfois sur plusieurs départements (Vallée du Rhône, Bas-Vivarais, Basses-Cévennes) ou dans un seul département (Région de la Seudre, Vallée de la Dheune, Bugey et Pays de Gex, Vallée de la Meuse, Sud-Finistère, etc.)

En somme, les médecins syndiqués se sont gardés de donner à leurs groupements une constitution trop uniforme. Cependant, grâce aux efforts du Dr Bolliet, de Lyon, et du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, tout en conservant leur autonomie et en laissant à leurs cadres une grande élasticité, les Syndicats médicaux tendent de plus en plus à se concentrer en grandes Fédérations régionales qui faciliteront notablement l'action de l'Union nationale et en augmenteront la force.

Paris est pourvu de deux Syndicats généraux, le Syndicat des médecins de la Seine, qui compte 1.380 membres, et est divisé en sections et le Syndicat médical de Paris, avec 240 membres, fondé à la suite d'une scission parmi les membres du Syndicat de la Seine. Tout permet d'espérer que les rapports, d'abord assez tendus entre ces deux Syndicats, deviendront de plus en plus confraternels.

Il y a encore des Syndicats autonomes dans la banlieue parisienne (Banlieue-Ouest, St-Mandé, Vincennes, St-Maur, etc.), dont les membres sont pour la plupart, sinon tous, adhérents au Syndicat des médecins de la Seine.

Dans les colonies, il existe, à l'heure présente, trois syndicats : deux départementaux (Alger et Oran) et un à l'Ile de la Réunion.

Nous comptons, en outre, six syndicats généraux de spécialistes : celui des oculistes français, le plus puissant, avec 335 membres, celui des électrologistes et radiologistes (118 membres), des docteurs dentistes (156 membres), des oto-rhino-laryngologistes (144 membres), des kinésithérapeutes (28 membres), enfin celui des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France (287 membres). Tous ces syndicats généraux sont affiliés à l'Union des Syndicats médicaux de France, sauf le dernier. Est-ce que les médecins des stations balnéaires et sanitaires de France auraient de sérieuses raisons pour hésiter à unir leur association professionnelle aux autres syndicats médicaux français ? (1)

Telle est notre organisation professionnelle. Depuis 13 ans, alors que l'Union des Syndicats comptait à peine 2.000 Membres, et qu'il n'y avait guère plus de 3.000 à 3.500 syndiqués, nous n'avons pas cessé, comme secrétaire général, de collaborer à l'extension du mouvement syndical ; aussi avons-nous quelque droit d'être fier du résultat obtenu. Nous avons garde cependant de nous en attribuer le principal mérite, nous savons que les événements nous ont servis ; nous savons aussi que d'autres que nous, tels que les Drs Gairal, Lande, Gassot, Jeanne Maurat, Diverneresse, Coppens, Boudin, Bolliet, Vimont, Vallat, Guillemonat, Fayard, Charier, Barbanneau, Rachet, etc., etc. (car nous ne pouvons citer tous les

(1) Il est à noter que beaucoup de médecins de leur région ou de villes d'eaux sont adhérents aux syndicats locaux des villes où ils séjournent l'hiver et que certains forment dans quelques stations des petits syndicats autonomes, tels les syndicats du Mont-Dore, de Biarritz, de Châtel-Guyon ; ce dernier est affilié à l'Union des Syndicats médicaux de France.

noms de cette vaillante phalange), ont tout autant, si non plus que nous, contribué à accroître les forces de notre défense professionnelle. Au point où nous sommes arrivés, nous modestes praticiens, sans concours de personnages influents, qui trop souvent se sont montrés à notre égard absolument indifférents et parfois nettement hostiles, nous pouvons espérer voir sous peu se produire l'organisation complète, solide et puissante de tout le Corps des médecins-praticiens français, fédérés dans l'Union des Syndicats Médicaux de France dont nous venons de fêter le 25e anniversaire, et cela nous permet de nous consoler de bien des attaques mal fondées et de dédaigner la rage impuissante de quelques dissidents systématiques.

J. Noir.

Au banquet qui a réuni les délégués de l'Union et les membres du Concours Médical, chez Marguery, le 14 novembre, banquet auquel assistait M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, un groupe en bronze : le « Crépuscule » de Boisseau, a été offert au Dr Gairal, président de l'Union, dont le dévouement à la cause professionnelle n'a cessé de se manifester depuis de longues années. M. Gairal a, en effet, présidé le Congrès de la Répression de l'Exercice illégal de la Médecine et les deux derniers Congrès des Praticiens.

PRATIQUE MÉDICALE

Un nouvel appareil portatif à douche d'air chaud,

Par le Dr MIRAMOND DE LAROQUETTE,
Médecin-major à Nancy.

On sait que la douche d'air chaud est un moyen de traitement dont les applications s'étendent chaque jour. De nombreux travaux ont depuis quelques années établi successivement l'efficacité de cet agent dans le lupus, les cancers superficiels, les plaies atones, les ulcères et les gangrènes, certaines inflammations locales, telles que les panaris et les furoncles, quelques affections chroniques de l'oreille et de l'œil, les localisations de la goutte et du rhumatisme, etc. Il s'est ainsi fait sur la douche d'air chaud tout une littérature fort longue à parcourir, mais dont on peut trouver les principaux éléments et l'aperçu général dans des notes que j'ai publiées, dans la *Revue médicale de l'Est*, juin 1909, et dans un article de Dausset dans *La Clinique*, 10 sept 1909.

En même temps que les articles scientifiques, se sont aussi multipliés les appareils servant à l'application de la douche d'air chaud, la plupart des auteurs s'étant nécessairement occupées de cette importante question pratique. Après la cheminée de Bier et de Quinke, et les appareils de Jayle et de Hollender qui pour produire de l'air chaud utilisaient la soufflerie et la lame chauffante du thermocautère, de nombreux systèmes perfectionnés ont été imaginés. Certains demandent à l'électricité à la fois la force de propulsion de l'air et l'énergie calorifique ; d'autres emploient comme agent thermique le gaz ou l'alcool et se servent d'air comprimé en bonbonnes, ou fourni, à Paris, par les conduites de la ville. Ces divers appareils excellents en soi, répondent à beaucoup des desiderata de la thérapeutique par l'air chaud, mais ils nécessitent tous des éléments : électricité, gaz, air comprimé, qui en limitent considérablement l'emploi.

Pour parer à cet inconvénient, j'ai fait construire un appareil qui emprunte sa force à un ressort d'horlogerie et sa chaleur à une lampe à alcool, et qui peut être employé partout. Cet appareil, que M. Malaquin a très heureusement mis au point, a pour élément principal un mécanisme à ressort contenu dans une boîte sur un des côtés de laquelle sont fixés un ventilateur, et un corps de chauffe avec lampe à alcool.

Le ventilateur est une petite turbine à air dont l'arbre de couche s'engrène avec une roue du mécanisme intérieur de la boîte.

Le corps de chauffe est une sphère aplatie en cuivre rouge avec un tube d'arrivée et un tube de départ placés dans le prolongement l'un de l'autre.

Le tuyau d'arrivée du corps de chauffe s'adapte au tuyau de sortie du ventilateur.

La lampe à alcool, de petites dimensions et pourvue d'une vis qui règle à volonté la hauteur de la flamme, est disposée sous la sphère de cuivre. Celle-ci est d'autre part protégée par une enveloppe métallique extérieure qui l'entoure à une distance de 15 mm. La flamme de la lampe à alcool et les gaz de combustion sont ainsi obligés de contourner le corps creux dans toute sa périphérie.

Le mécanisme d'horlogerie est remonté par une manivelle ; un bouton de réglage permet de le mettre en mouvement à vitesse variable ou de l'arrêter. Sa durée de marche varie suivant la vitesse de 10' à 18'.

L'air plus ou moins violemment propulsé par le ventilateur traverse la sphère de cuivre et s'en échappe par le tuyau de sortie après avoir été plus ou moins fortement chauffé, et presque sans aucune perte d'énergie.

Le jet d'air chaud ainsi obtenu est dirigé sur la région malade soit directement par l'appareil lui-même, soit par l'intermédiaire d'un tube flexible.

La pression du jet d'air chaud à sa sortie de l'appareil dépend de la vitesse de rotation de la turbine ; la vis de réglage permet d'obtenir à volonté des vitesses et, par suite, des pressions très différentes,

La température de l'air chauffé dépend de la hauteur de la flamme de la lampe à alcool. Elle peut aisément varier de 50 à 150° ce qui est suffisant pour la thérapeutique courante.

Si l'on veut atteindre à des températures plus élevées et produire des effets de cautérisation (gangrènes, néoplasmes), on remplace sous le corps de chauffe la lampe à alcool ordinaire par une lampe à souder, lampe facile à manier, et qui peut également être employée partout. Il faut retenir d'ailleurs que dans les cas où il s'agit de détruire chirurgicalement, de carboniser des tissus morbides, on peut agir directement sur ces tissus avec la flamme même de cette lampe à souder dont l'emploi est très commode et qui pourrait avec avantage être couramment utilisée en chirurgie.

Depuis un an, j'ai employé cet appareil pour le traitement de plaies atones, d'ulcérations syphilitiques, d'otorrhées, de kératites et dans un cas de gangrène diabétique.

Il a été aussi utilisé par d'autres médecins de Nancy, notamment dans le service du Prof. Rohmer pour le traitement d'ulcères de la cornée et de kératites parenchymtaeuses (1).

Dans toutes ces applications il a satisfait aux diverses exigences du traitement, amenant des guérisons ou des améliorations rapides et faisant preuve d'incontestables *qualités pratiques*.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Une épidémie à diplocoques analogue à l'influenza.

En mars et avril 1905 se propagea subitement, dans l'hôpital affecté aux malades chroniques de la ville de Strasbourg, une épidémie qui par son mode de début et son allure clinique semblait être l'influenza. L'examen bactériologique seul indiqua au docteur Carl Rose, assistant du service infecté, qu'il s'agissait d'une épidémie à diplocoques (2). Sur 84 malades répartis en 6 salles, 37 furent atteints en peu de temps, ainsi que 16 des 26 personnes qui composaient le personnel soignant de médecins et d'infirmiers.

Quoique l'on connaisse suffisamment les diverses maladies de l'organisme qui peuvent être le fait du diplocoque,

(1) Traitement des lésions inflammatoires de la cornée par la douche d'air chaud. Rozet, *Th. de Nancy*, juillet 1909.
(2) Carl Rofe. — *Munchener Medz Woch.*, 2 nov. 1909, n° 44.

on sait encore assez peu de choses sur les différentes manifestations d'une même épidémie diplococcique.

Lorsque débuta l'épidémie, les salles étaient au complet et on n'avait pas reçu de malade du dehors. Des conditions exceptionnellement favorables se trouvaient ainsi réalisées pour déterminer le mode de contagion et d'extension, le temps d'incubation et la parenté des divers cas isolés. La maladie fut apportée du dehors par un hospitalisé qui avait, la veille, rendu visite à l'un de ses parents malades. Chez ce sujet (n° 1), on constata le lendemain de cette sortie, une pharyngite à laquelle s'adjoignit, au bout de 13 jours une bronchite: 12 heures après, dans cette même salle, un autre sujet (n° 2) présenta de la pharyngite et de la rhinite ainsi qu'une rate tuméfiée. 36 heures après, un jeune ciphotique (n° 3) de la salle voisine s'alita avec une pharyngite et une broncho-pneumonie. Il avait joué aux cartes avec le malade n° 2 l'après-midi qui précéda le jour où celui-ci se déclara atteint. 4 jours après que le malade n° 3 se fût alité, 3 malades de la même salle furent infectés, 7 jours après l'apparition du premier cas, 9 des sujets d'une salle de 10 chironiques s'alitèrent avec l'infirmier et la sœur garde-malade. Seul, un vieux pensionnaire de 70 ans fut respecté par l'épidémie qui se propagea en peu de jours dans toutes les salles, même parmi les services de femmes qui étaient éloignés. En 22 jours, 37 personnes furent atteintes ainsi que 9 infirmiers sur 20.

***

L'extension si rapide de l'épidémie a été le résultat de la propagation par le personnel médical ; c'est ainsi qu'une sœur, déjà fiévreuse et frissonnante, resta encore de garde toute une nuit.

L'incubation, qui coexista le plus souvent avec l'état de bien-être habituel au sujet, fut de 12 à 36 heures.

Dans quelques cas seulement, elle se prolonga de 3 jours à 3 jours et demi.

Le début de l'affection fut marqué pour tous les malades par un frisson initial et une ascension thermique à 38,8, où jusqu'à 39,2. Les sujets se plaignirent de céphalée, de dysphagie, de fatigue et d'abattement, de douleurs dans la région lombaire et particulièrement dans les mollets.

Objectivement, on constata chez six personnes une rougeur intense du pharynx, avec un enduit purulent et adhérent, sans aucune autre complication.

Dans tous les cas, sauf dans un seul, réduit à une angine simple, on put constater, à côté de manifestations diverses, cette même étrange pharyngite.

Dns 18 cas, une angine coexista avec la pharyngite initiale ; celle-ci fut accompagnée de bronchite dans 8 autres cas, bronchite qui aboutit 4 fois à une broncho-pneumonie ; 17 cas présentèrent, en outre de la pharyngite, le tableau de la pneumonie fibrineuse. Comme autres complications, on vit survenir dans 3 cas une conjonctivite intense, dans 2 cas une forte rhinite et une fois une otite moyenne suppurée en même temps qu'une arthrite purulente ; 3 malades furents atteints d'une néphrite hémorrhagique du 5e au 7e jour de l'infection. En dehors des symptômes généraux et de la pharyngite, 3 sujets présentèrent une localisation sur le tube digestif qui se manifestait par une diarrhée violente.

La tuméfaction de la rate ne put être mise en évidence par la percussion et la palpation que dans deux des cas.

La fièvre fut rémittente chez tous les sujets, qui n'eurent pas d'autres manifestations infectieuses que de la pharyngite, de l'angine et de la bronchite. Elle dura 10 ou 12 jours en général et s'acheva en lysis. Elle se prolongea 3 à 4 semaines chez les pneumoniques ; chez 3 de ceux-ci, la maladie récidiva au bout de 14 jours et l'un d'eux fit même en deux mois et demi deux récidives.

La mort termina la maladie chez 7 personnes, lesquelles présentaient toutes les 7 une pneumonie à l'autopsie, avec une fois une arthrite suppurée du genou droit.

***

Ce qui fait d'emblée la particularité clinique de cette épidémie, c'est la présence absolument constante d'une pharyngite exsudative, laquelle est bien moins fréquente dans l'influenza véritable, à bacille de Pfeiffer ; Curschmann, qui rapporte une épidémie d'influenza à pneumocoques, laquelle sévit sur la ville de Leipzig de l'automne de 1907 au printemps de 1908, insiste sur l'absence complète de manifestations pharyngées dans cette épidémie.

Un autre caractère très net de l'épidémie de Strasbourg est qu'elle n'a été la cause de complications que chez des sujets déjà débilités par une affection antérieure. Les sujets jeunes et vigoureux qu'elle a frappés n'ont réagi que par la pharyngite, à l'exception de deux d'entre eux, chez lesquels cette pharyngite coexista avec de la diarrhée pendant 2 jours. Ceux qui avaient déjà de la bronchite chronique furent atteints généralement de broncho-pneumonie ou de pneumonie lobaire. C'est ainsi qu'une sœur, qui avait eu une pleurésie droite quelques années auparavant, eut une pneumonie de la base droite au cours de l'épidémie. 3 tuberculeux avec lésions du sommet, qui présentaient de nombreux bacilles de Koch dans leurs crachats, furent atteints de pneumonie du sommet et l'examen des crachats y fit reconnaître la présence constante de très nombreux diplocoques ; chez les sujets non tuberculeux, au contraire, la pneumonie s'est toujours localisée à la base.

Il ne persista comme séquelles, de toutes ces multlples localisations, qu'une submatité de la région chez un sujet qui, en plus de la pharyngite et de l'angine, avait fait une broncho-pneumonie légère. La réaction à la tuberculine, autrefois négative chez lui, est devenue positive, quoique les bacilles de Koch n'aient pu être retrouvés dans les crachats.

On n'a jamais constaté de myocardites aiguës dans cette épidémie. Des manifestations graves du système nerveux central, comme on les a signalées au cours des premières épidémies d'influenza à bacille de Pfeiffer, ne sont jamais survenues ici.

L'agent infectieux de l'épidémie a été recherché systématiquement dans les crachats, chez tous les sujets qu'elle avait atteints. Dans tous les cas, le diplocoque encapsulé de Fraenkel-Weichselbaum prenant le Gram a été constaté. Ce même diplocoque a pu être mis en évidence dans l'exsudat du pharynx, dans le cul-de-sac conjonctival, dans les conjonctivites, dans le mucus nasal, dans le pus de l'otite moyenne et dans le pus d'une arthrite du genou.

Par l'ensemencement des crachats, des exsudats ou du pus, en a presque constamment obtenu des cultures pures du diplocoque. Dans quelques cas, ce dernier était accompagné du bacille de Friedlander et du micrococcus catarrhalis, mais dans ces associations, les bacilles de Fraenkel-Weichselbaum étaient toujours de beaucoup les plus nombreux. L'examen du sang prélevé par ponction de la veine chez tout malade présentant de la fièvre ne mit le diplocoque que deux fois en évidence.

Dans tous les autres cas, les cultures du sang restèrent stériles. Les deux malades chez lesquels en trouva le di-

plocoque dans le sang succombèrent, le premier après une pneumonie, le second à une septicémie.

***

Le bacille de Pfeiffer, agent de l'influenza, n'a pas été rencontré une seule fois dans cette épidémie, dont l'allure et les prodromes réalisèrent cependant d'une manière incontestable le tableau propre à la grippe. Comme dans cette infection, la maladie débuta par le frisson et la fièvre, la céphalée, la dysphagie, les douleurs articulaires et musculaires, l'abattement. L'évolution seule fut autre. L'influenza à bacille de Pfeiffer se localise surtout sur le nez, le larynx, la trachée, les fines bronches ; la pharyngite exsudative, loin d'être aussi constante, est plutôt rare. Lorsque dans l'influenza véritable, on constate la présence de pneumocoques et de streptocoques, on les trouve toujours associés au bacille de Pfeiffer par des infections surajoutées. D'autre part, il a été frappant de ne jamais observer, dans cette épidémie, la langue terreuse signalée par Terrier dans l'influenza. L'allure de la fièvre fut encore différente ; tandis qu'elle tombe brusquement en général dans l'influenza, la chute, ici, se fit en lysis.

Il est certain que si, au lieu d'observer l'épidémie de Strasbourg dans un ensemble de cas réunis dans un service hospitalier, ceux-ci se seraient manifestés isolément au dehors, on les aurait interprétés comme de simples grippes ; c'est évidemment ce qui eut lieu pour des cas dénommés influenza et observés en ville à ce moment par des médecins, en même temps que de nombreux cas de pneumonie, catalogués par eux pneumonie à pneumocoques d'après l'évolution, ou parfois, vu leur allure épidémique, « pneumonie infectieuse ».

Mais en définitive, doit-on véritablement différencier de la grippe l'épidémie que nous venons de relater, en réservant uniquement cette dénomination à l'affection spécifique du bacille de Pfeiffer, ou doit-on réunir sous le nom de grippe un ensemble de manifestations pathogènes analogues qui traduisent l'infection de l'organisme par le bacille de Pfeiffer, le streptocoque, le micrococcus catarrhalis, le diplocoque. G. LŒSER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1909.

Traitement chirurgical de certaines formes de dysménorrhée et de stérilité chez la femme. — M. *Pozzi*. — La cause la plus fréquente de dysménorrhée et de stérilité réside dans une étroitesse congénitale de l'orifice du col utérin, qui coïncide généralement avec une forme conique du col et une certaine exagération de l'antécourbure de l'utérus, ce qui lui conserve un type infantile, alors même que ses dimensions seraient normales. Il en résulte que le sang menstruel s'écoule avec difficulté, d'où la dysménorrhée, et aussi que la fécondation est très difficile. A cette cause primordiale vient se joindre un peu de catarrhe cervical : l'issue du mucus étant difficile, ce mucus s'accumule dans la cavité cervicale dilatée et l'obstrue, à la façon d'un bouchon.

A cette malformation, M. Pozzi, a opposé avec succès, dès 1893, la *stomatoplastie par évidement commissural*, opération qui consiste essentiellement dans une incision de chaque côté du col, suivie de la suture muqueuse à muqueuse, de chaque lèvre de cette incision. Cette opération est très supérieure à la dilatation ou au débridement, qui exposent à la récidive ou à des complications.

M. ***Doléris*** insiste sur les bons résultats que donne la dilatation mécanique et progressive de l'utérus avec des tiges de laminaire.

Etat sanitaire comparé des troupes des gouvernements militaires de Paris et de Berlin en 1902-1906. — M. *Lowenthal*.

Election. — M. ***Würtz*** est élu membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, par 68 voix sur 76 votants. Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 novembre 1909.

Sur la localisation de la toxine tétanique dans la région bulbo-protubérantielle. — *J. Troisier* et *G. Roux*. — Nous avons cherché à déterminer les points d'élection de la toxine tétanique dans le système nerveux en employant la méthode indiquée par MM. Guillain et Laroche pour la toxine diphtérique. Nous avons prélevé à l'autopsie d'un enfant mort de tétanos, divers fragments de substance nerveuse qui ont été dilués dans la solution physiologique et inoculés à des cobayes soit sous la dure-mère, soit dans la patte.

Un cobaye qui avait reçu une émulsion faite avec un fragment du plancher du 4e ventricule comprenant les noyaux masticateurs provoqua un tétanos expérimental typique. Les inoculations faites avec des fragments des faisceaux blancs du bulbe de la moelle épinière et des différents nerfs restèrent sans effet.

Nos expériences nous paraissent démontrer que la toxine tétanique se fixe avec une sorte d'élection sur les noyaux masticateurs, ce qui explique la prédominance de la contracture tétanique dans la sphère motrice du trijumeau.

Transmission de la sporotrichose de l'animal à l'homme. — M. *Carougeau* (service vétérinaire de Madagascar) rapporte ce cas : un vétérinaire ouvre un abcès d'un mulet, se blesse et fait de la sporotrichose à microorganisme identifié avec le sporotrichum Beurmanni. La sporotrichose est donc beaucoup plus disséminée qu'on le croyait, et très souvent c'est à elle qu'on a affaire lorsqu'on croit se trouver en face d'une lymphangite épizootique ou d'une morve. La connaissance de ce fait est important car le traitement iodo-ioduré amènerai la guérison.

Présentation d'un malade, par MM. *Sergent* et *Cottenot*. — Œdème du membre supérieur droit, varicosités des régions deltoïdienne et pectorale correspondantes ; pas de ganglions axillaires, pas de fièvre, mais onyxis généralisé, ce qui fait penser à la spécificité, cause de l'obstruction de la veine sous-clavière. Le traitement mercuriel guérit l'onyxis et fait diminuer l'œdème. Deux cas de ce genre (obstruction de gros troncs veineux) sont signalés.

Méningotoxémie sans méningite cérébro-spinale. — Ce travail sera examiné par une commission.

La polyomyélite épidémique en France. — M. *Netter* a observé six cas à Paris, et à ce propos il étudie les épidémies signalées en France et à l'étranger. Il retrace l'historique, l'étiologie, l'épidémiologie et les formes cliniques de ces épidémies. En parlant de la pathogénie, il discute les rapports que ces épidémies peuvent avoir avec la méningite cérébro-spinale. Quoique l'idée de parenté des deux affections soit séduisante, il n'y croit pas. Les fonctions lombaires faites par lui ne lui ont donné qu'une fois du méningocoque. Il croit plutôt à une concomitance.

M. ***Brissaud*** a observé une polymyélite typique et a trouvé dans le liquide céphalorachidien un diplocoque pur, prenant le Gram, donnant une réaction d'agglutination positive. Il croit utile de diriger les recherches dans le sens d'une origine commune des deux affections.

La brady et tachyphagie dans leurs rapports avec l'évolution digestive. — MM. *Jacquet* et *Debos* ont entrepris une série d'expériences très intéressantes, qui leur ont permis de constater que la bradyphagie favorise la sécrétion stomacale tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif. Le volume et le pouvoir digestif d'un suc gastrique sont proportionnels à la surface de contact que prend la masse alimentaire avec les muqueuses.

M. *Linossier* croit qu'il faudra attribuer quelque importance à la durée de la mastication, la bradyphagie augmente la sécrétion psychique, qui est plus intense, dure plus longtemps et donne un suc plus actif. Peut-être l'amélioration de la digestion est-elle due aussi à une sécrétion salivaire plus intense et plus copieuse.

Considérations sur la méthode de l'intra cérébro-inoculation pour la recherche des toxines dans le névraxe. — MM. *Georges Guillain, Guy Laroche et Grigaut.* — Nous avons poursuivi des expériences avec la méthode de l'intra-cérébro-inoculation que nous avons indiquée dans une des dernières séances de la Société au sujet de la physiologie pathologique des paralysies diphtériques. Nous avons recherché si l'action toxique du tissu nerveux mis préalablement au contact de la toxine diphtérique n'était pas due à une action physique purement mécanique ; cette hypothèse est infirmée par nos expériences, car une série de substances telles que la brique pilée, l'axonge, l'albumine d'œuf coagulée, l'extrait éthéré de jaune d'œuf, se sont montrées incapables de fixer la toxine diphtérique.

Expérimentalement, le cerveau ayant fixé la toxine diphtérique se comporte comme la toxine elle-même ; car son mélange in vitro avec l'antitoxine annihile ses propriétés toxiques ; par contre, l'inoculation intra-cérébrale de ce cerveau toxique à un animal inoculé antérieurement avec l'antitoxine diphtérique par voie sous-cutanée, amène encore des accidents mortels.

Parmi les substances capables de fixer la toxine, les lipoïdes extraits par l'alcool, l'éther, le chloroforme, ont à son égard une affinité élective, alors que la substance cérébrale débarrassée de tout lipoïde n'est plus toxophore. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1909

La spermatocystectomie dans la tuberculose génitale. — *M. Legueu* revient sur cette question soulevée par M. Marion à la séance précédente. Il a lui-même pratiqué 8 fois cette opération; 3 fois il a suivi la voie inguinale, 5 fois la voie périnéale. Les malades ont tous guéri sans aucun incident important, sauf dans un cas où il y eu une hémorragie secondaire assez grave. Dans deux cas apparut une fistule urinaire. Mais elle se tarit d'elle-même en quelques jours.

Ces opérations n'ont donc pas une particulière gravité et elles sont particulièrement bien réglées. Elles doivent donc être préférées à la vésiculectomie transvésicale ou rétrovésicale. Dans les lésions unilatérales on emploiera la voie inguinale comme l'a conseillé déjà M. Marion. Dans les lésions bilatérales la voie périnéale, d'ailleurs plus simple et plus rapide, est mieux indiquée.

Etant donnée la bénignité habituelle des tuberculoses vésiculaires, ces opérations semblent à l'auteur rarement indiquées. Cependant l'extension à la vessie, aux testicules peut s'observer et doivent pousser à l'intervention. Celle ci est particulièrement indiquée pour les lésions fistuleuses et les grosses vésiculites qui font saillie sous la vessie. Si les testicules sont envahis, il faut enlever la totalité des voies génitales en laissant si possible la prostate, car l'ablation de cet organe est suivie de fistules interminables. Même si les testicules sont intacts, la vésiculectomie peut être indiquée et la ligature du canal déférent protège alors les testicules contre l'extension des lésions.

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.— M. *Souligoux* lit un rapport sur une observation communiquée par M. Michon et concernant une femme de 54 ans qui, sans prodromes, fut prise brusquement de vives douleurs dans le bas ventre avec état syncopal et pâleur. Croyant à une grossesse extra-utérine rompue, on pratiqua la laparatomie immédiate et on vit qu'il s'agissait en réalité d'une volumineuse tumeur solide de l'ovaire droit tordue deux fois sur son pédicule en partie rompu et qui avait été l'origine d'une assez forte hémorragie. Cette tumeur fut enlevée après détorsion et ligature de son pédicule et le ventre refermé avec drainage. La malade allait parfaitement bien quand, au bout de quelques jours elle succomba brusquement à une embolie.

Histologiquement il s'agissait d'un fibrome. L'embolie en pareil cas est peut-être due à la détorsion du pédicule qui permet à des caillots qui s'y sont formés de passer dans la circulation. Il serait donc prudent de lier le pédicule avant de le détordre. Le rapporteur a lui-même vu un cas analogue de fibrome tordu de l'ovaire chez une jeune femme de 20 ans, laquelle a parfaitement bien guéri.

Fistule urétro-recto-périnéale et son traitement par transplantation scrotal d'un lambeau. — M. *Routier* fait un rapport sur une observation de M. Michon ayant trait à un homme de 60 ans, chez lequel s'était développée, à la suite d'une taille périnéale, une fistule urétro recto-périnéale dans laquelle les orifices étaient assez larges pour permettre non seulement à l'urine de passer par le périnée et dans le rectum, mais aussi aux matières de passer dans la vessie et par le périnée. Les tentatives de suture directe ayant échoué, M Michon dédoubla le périnée de manière à bien isoler la vessie et l'urètre du rectum. Puis il appliqua sur l'orifice urétéral un lambeau cutané taillé aux dépens de la face inférieure du scrotum et tordu sur son pédicule de manière à ce que sa face cruentée regarde l'orifice urétral, et sa face cutanée l'orifice rectal dont on ne s'occupa pas autrement. Plus tard, une fois ce lambeau bien repris, il le coupa à son pédicule et le rabattit à nouveau de manière à fermer tout l'orifice urétral cette fois. Une nouvelle opération fut nécessaire pour tout terminer, mais la fistule urétrale fut cette fois bien fermée et la fistule rectale se ferma d'elle-même, si bien que le malade est maintenant tout à fait guéri.

M. Legueu. — La condition indispensable pour traiter les fistules urétro ou vésico-rectales, c'est la séparation complète des deux orifices rectal et urinaire qui doivent être mis dans des plans différents. Aussi le procédé du store par abaissement de la paroi rectale est-il celui qui donne les meilleurs résultats.

Présentation de malades. — *M. Legueu* présente un jeune homme qui, à la suite d'un violent traumatisme épigastrique, eut des hématémèses répétées et si graves que l'intervention fut décidée. Une gastrotomie montra une rupture de la paroi interne de l'estomac au fond de laquelle une petite artère fut pincée et liée. Le malade guérit parfaitement.

M. Mauclaire dans un cas analogue n'a pu trouver la source de l'hémorragie et son malade succomba.

M. Picqué présente un malade auquel il a fait en juin dernier une résection totale du maxillaire supérieur pour sarcome. Une résection partielle suivie de trois séances de fulguration faites antérieurement par un autre chirurgien avait été suivie de récidive rapide.

M. Souligoux, dans un cas analogue et qui paraissait désespéré a obtenu une guérison complète depuis 5 ans par la résection totale. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

Séance du 8 novembre 1909.

Un cas d'asphyxie par le gaz d'éclairage chez une femme au terme de sa grossesse : mort fœtale, survie de la mère. — M. le Dr *Tissier.* — La question de la possibilité du passage de l'oxyde de carbone à travers le placenta a été longuement controversée. Le cas actuel montre que ce passage peut avoir lieu.

Femme de 29 ans, cuisinière ; tentative de suicide par le gaz d'éclairage, auquel elle reste environ 12 heures exposée dans une pièce close. Accouchement 9 ou 10 heures après sa découverte. L'enfant n'est ni blême, ni congestionné, mais d'une belle teinte rose uniforme. Cette teinte semble indiquer que l'enfant a absorbé du CO ; l'épreuve spectroscopique reste deux fois négative, mais l'analyse du gaz par le Dr Nicloux démontre la présence de 5 cmc. de CO pour 100, quantité faible, La proportion mortelle chez l'adulte est plus que double, soit 12 à 16 cmc. pour 100. Tandis que chez l'enfant 1/5 seulement de l'hémoglobine était imprégné, chez l'adulte il faut une imprégnation des 2/3 environ pour amener la mort. L'enfant est donc particulièrement sensible à l'action du CO. Fréquemment cependant, dans les villes, le sang de l'enfant se trouve contenir 1/10 de cmc. pour 100. Les quantités minimes de CO échappent à la spectroscopie.

Deux tentatives de suicide par le salicylate de méthyle. — MM. les

Drs *Simonin* et *Chavigny* (Val-de-Grâce). — Dans un des cas, les secours ayant été immédiats (lavage de l'estomac, caféine) la quantité assimilée a été si minime qu'aucun trouble ne s'en est suivi, à part une légère albuminurie. Sujet syphilitique hémiplégique. Dose ingérée : 150 gr.

Le deuxième cas a été marqué principalement par une décharge abondante d'urée pendant sept jours (de 34 à 52 grammes) avec quelques oscillations, mais descente régulière. Dose ingérée : 40 grammes, Urines boueuses, laiteuses, mais *sans albumine.* Amaigrissement de 4 kilos.

La décharge urique est normale dans le traitement par le salicylate de soude. Usuellement, l'acide salicylique s'élimine par l'intestin. Ici pas de troubles intestinaux. Ici la quantité absorbée a pu être assez notable, le lavage d'estomac n'ayant eu lieu qu'une demi-heure après l'ingestion. Vomissements sanglants, soif ardente, vomissements prolongés de glaires vertes. Pas de phénomènes neurologiques ni délirants.

Contribution au diagnostic de la névrose traumatique. Son syndrome réactionnel électro musculaire. — M. J. *Larat.* — Au moyen de son procédé d'*électro-diagnostic graphique*, le Dr Larat a trouvé, dans tous les cas de névrose traumatique qu'il a examinés, une série de modifications typiques de l'excitabilité qu'on ne rencontre dans aucune autre affection. Ces modifications se résument ainsi :

1° Peu ou pas de trouble de la contractilité faradique ;

2° Hyperexcitabilité galvanique parfois énorme et accusée surtout au positif ;

3° Enfin, fait tout à fait remarquable, *ces troubles contractiles existent aussi bien du côté sain que du côté malade.*

Le Dr Larat considère ce syndrome comme pathognomonique de la *névrose traumatique.* Sa connaissance doit permettre non seulement de faire un diagnostic précis dans les cas douteux, mais encore de déceler la *simulation ou l'exagération* d'une paralysie, dans beaucoup des cas *d'accidents du travail.*

Les fugues chez les enfants. Influence du milieu familial. — MM. *R. Benon* et *P. Froissart.* — Observation d'un enfant de dix ans, fugueur, intelligent, mais menteur, vantard, aimant à exagérer ou à dissimuler. Pense à vivre aux dépens des femmes, s'alcoolise et fait des fugues. Amené ainsi aux Enfants-Assistés. S'enfuit parce que ses parents le frappent ou le privent de nourriture. Quand il disparaît, jamais sa famille ne se préoccupe à son sujet.

Il reste beaucoup à faire pour l'assistance et l'éducation des « fugueurs », et pour l'organisation du système pénitentiaire des mineurs.

Les auteurs rappellent l'attention sur la nécessité d'un *examen médical spécial de ces jeunes sujets*, soit à l'école, soit à l'hôpital, soit à la prison.

Dr G. G. de Clérambault,
Médecin de l'Infirmerie spéciale du dépôt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1909.
Présidence de M. Buret, président.

Action des sels de calcium sur la coagulation du sang chez l'homme. (Suite). — M. *Marcel Labbé* a été frappé des insuccès thérapeutiques du chlorure de calcium dans les hémorrhagies. Il a étudié systématiquement chez 3 sujets l'action du chlorure de calcium et a vu que, en aucun cas, la coagulation n'était accélérée ; par exemple, un sujet dont le sang coagulait en 25 à 40 minutes, a eu après l'ingestion de chlorure de calcium, une coagulation en 30 à 32 minutes. D'ailleurs, Wright n'a pas été aussi absolu qu'on l'a été après lui sur le rôle du chlorure de calcium. Cette question du rôle des coagulants du sang est donc tout entière à reprendre.

M. *Dubar* a eu recours depuis 12 ans à l'emploi systématique du chlorure de calcium soit à titre préventif chez les hémophiliques avant l'intervention, soit chez les opérés d'adénoïdes chez lesquels on pouvait redouter une hémorrhagie post-opératoire tardive. Dans deux cas (enfant de 3 ans et jeune homme de 17 ans) le chlorure de calcium a été employé à la dose de 10 grammes en 48 heures. Chez ce dernier, il a contribué pour une part importante à l'arrêt de l'hémorrhagie. Son emploi est à continuer jusqu'à mieux informé.

M. *Léopold Lévi* attire l'attention sur l'intérêt qu'il y aurait : 1° à étudier l'influence du corps thyroïde sur la coagulation du sang *in vivo* ; 2° à étudier l'état de la coagulation dans les syndromes thyroïdiens.

M. *A. Mauté*, ainsi que l'a recommandé Wright, a eu soin de donner le chlorure de calcium seulement pendant 5 jours consécutifs. Il a employé comme technique la méthode des tubes capillaires, mais en les maintenant pendant toute la durée de l'observation à une température constante de 20°, ayant remarqué, comme Addis, qu'entre 10 et 20°, le temps de coagulation pouvait varier du simple au double. M. Mauté estime que la question soulevée par MM. Dubar et Léopold Lévi est un peu différente de celle qu'il a traitée.

Il répond à M. Dubar qu'il est possible que les sels de calcium agissent sur les hémorragies, sans pour cela avoir d'action sur la coagulation ; quant aux remarques de M. Léopold Lévi, elles ont trait à la coagulation sanguine en général et non à l'action des sels de calcium sur la coagulation. Dans deux cas, cependant, M. Mauté a joint à l'administration du calcium, une fois du corps thyroïde, une fois de l'hypophyse sans remarquer aucune modification dans le temps de coagulation.

Sur l'emploi de la méthode de Dalcroze. — M. *Levassort* présente quelques observations et formule quelques doutes sur l'efficacité des mouvements rythmés pour modifier les écarts de caractères ou l'indiscipline chez les écoliers. Très artistique et fort gracieuse, la méthode de Dalcroze mérite de prendre une place importante parmi les arts d'agrément utiles à la jeunesse, mais on doit la considérer plus comme une méthode de sélection que comme une méthode curative.

Tabes avec troubles oculaires améliorés par le traitement mercuriel. (Travail de candidature). — M. *Alquier* a suivi ce malade depuis le chancre contracté à 24 ans jusqu'à l'âge actuel (45 ans). Les premières douleurs lancinantes ont débuté à 27 ans ; à 38, le malade était un tabétique typique. Depuis l'âge de 37 jusqu'à celui de 43 ans, l'auteur eut à combattre 8 fois des troubles oculaires à marche rapide : vue trouble, ptose, paralysie du moteur oculaire externe, puis nystagmus. Chaque fois, le traitement mercuriel eut rapidement raison de ces symptômes, tandis qu'il restait sans effet sur les signes du tabes qui, au contraire, se sont plusieurs fois développés pendant ou après une période de traitement mercuriel. Il est difficile de s'expliquer cette action élective du mercure sur certains symptômes : s'agit-il d'un pseudo-tabes syphilitique simulant le tabes vrai, ou bien celui-ci s'accompagne-t-il d'un processus syphilitique en activité ? Depuis quelque temps, apparaissent de la céphalée et un peu d'amnésie.

Hépatite suppurée. (Travail de candidature). — M. *Nivollet* estime que dans les abcès du foie, il faut opérer vite dès le diagnostic posé. Il est partisan de la voie thoracique avec anesthésie générale ; toutes les fois qu'il y aura des pansements importants à pratiquer, toujours faire une ponction exploratrice au préalable, et le succès est à peu près certain.

Corps thyroïde et système pileux. — M. *Léopold Lévi* et *H. de Rothschild* fondent sur un choix de 35 observations personnelles ayant bénéficié du traitement par le corps thyroïde, l'histoire des troubles pilaires dans leur signification thyroïdienne :

1° 14 cas d'alopécie de la chevelure (calvitie complète, partielle, alopécie congénitale partielle, infantilisme pilaire, alopécie spontanée moyenne) améliorés ou guéris par le traitement, permettent d'envisager une alopécie *hypothyroïdienne.* Mais il existe une alopécie *hyperthyroïdienne*, telle qu'on la trouve dans la maladie de Basedow, par surfonction pilaire ;

2° *L'hypertrichose* est liée à l'hyperthyroïdie dépendant parfois elle-même d'insuffisance ovarienne (hypertrichose féminine). On se trouve ainsi conduit à étudier le rôle de la thyroïde dans le pseudo-hermaphrodisme chez les femmes à barbe. L'hypertrichose congénitale (lanugineuse) est due à un arrêt de développement thyroïdien ;

3° Dans 5 cas de *canitie précoce* des cheveux ou de la barbe, le corps thyroïde a déterminé la repousse de poils noirs, l'arrêt ou

la rétrocession du grisonnement. La canitie émotive, explosive, et la canitie précoce se rattachent à l'hyperthyroïdie ;

4° Le système pileux est en déséquilibre par instabilité thyroïdienne ou par suite de l'intervention de causes secondes. L'instabilité pilaire se fait dans le temps ou par ectopie.

L'électrothérapie, agent de rééducation. — M. **Laquerrière** montre que l'*électrothérapie* est un agent de *rééducation* permettant de remédier aux troubles *sine materia* de la sensibilité.

Les anesthésies hystériques sont justiciables des différents procédés de révulsion électrique qui permettent de produire des excitations sensitives formidables sans danger pour les téguments et arrivent à procurer au sujet des sensations, alors que tous les autres modes d'excitation ne lui en donnaient pas, puis à démontrer au malade qu'il est capable de percevoir les sensations. D'autre part, il semble bien qu'il y ait dans la plupart des cas un véritable réveil du nerf périphérique, car souvent on est obligé au bout de quelques instants de diminuer l'intensité. Les algies sans lésions matérielles sont également justiciables de ces mêmes applications électriques qui ont les effets de toutes les révulsions, mais qui de plus, redonnent au sujet la notion exacte de ce qu'est la douleur.

Le salicylate de soude contre le coryza et l'amygdalite aiguë. — M. **A. Courtade.** — Le salicylate de soude pris à l'intérieur arrête net le rhume de cerveau quand il est administré dans les 24 ou 36 heures après le début de l'affection ; si on laisse passer la première période, il soulage le malade et abrège la durée de la maladie, mais ne l'enraye pas.

Dans les affections inflammatoires de la gorge, le salicylate de soude calme rapidement la dysphagie et peut même arrêter la marche de la maladie s'il est pris au début.

L'état sanitaire des prostituées dans les maisons de tolérance. — M. **Butte** constate que depuis une dizaine d'années, les cas de syphilis chez les filles de maison ont diminué dans des proportions considérables.

La morbidité syphilitique chez ces filles approche en effet de zéro.

Il conclut ainsi : tout en affirmant que la maison de tolérance, si haïssable qu'elle soit, est néanmoins, quand elle est bien surveillée, une des formes de la prostitution qui présente le minimum de nocuité, il tient à déclarer que pas plus que la pommade au calomel, la maison close ne met à l'abri de la syphilis et qu'on ne saurait trop mettre les jeunes gens en garde contre les dangers qu'ils peuvent y courir.

XXII[e] CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris*, 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1).

Cœcosigmoïdostomie. — *M. Brin* (Angers) relate l'histoire d'un malade de 52 ans atteint d'occlusion complète causée par une volumineuse tumeur du côlon transverse et auquel, dans une première intervention, il fit un anus cœcal. Il le réopéra 9 jours après et pratiqua l'exérèse de la moitié gauche du côlon transverse et de la partie supérieure du côlon descendant en obturant les deux bouts. Six semaines après, il fit une cœcosigmoïdostomie pour rétablir le cours des matières, et 15 jours après ferma l'anus cœcal à la cocaïne.

La cœcosigmoïdostomie lui paraît assez souvent possible et elle peut rendre de grands services après les larges extirpations du côlon descendant. L'important pour qu'elle soit bénigne, c'est de la faire secondairement.

M. *Giordano* (Venise) dans un cas de mégacôlon a obtenu un excellent résultat de la cœco-iléostomie. De même dans deux cas de tumeur inflammatoire du côlon descendant et dans plusieurs cas de colites ulcéreuses rebelles pour mettre les lésions au repos et permettre ainsi leur guérison.

M. *Monprofit* (Angers) est partisan de l'anastomose la plus simple c'est-à-dire l'iléo-sigmoïdostomie, la plus facile de toutes. Elle n'a qu'un seul inconvénient, c'est d'exposer pendant quelque temps les malades à de la diarrhée. Mais l'S iliaque et le rectum finissent pas s'adapter à leur nouveau rôle et les selles redeviennent dures et régulières.

Appendicostomie et cœcostomie. — M. *Lapeyre* (Tours) insiste sur les avantages de l'appendicostomie pour le traitement des colites. Cette opération permet en effet des lavages modificateurs ou des injections de liquides alimentaires.

L'appendico-cœcostomie peut également être très utile comme anus contre nature quand il s'agit seulement d'assurer l'évacuation intestinale.

M. *Widal* (Angers) dans 2 cas de colite ulcéreuse grave a fait l'appendicostomie. Mais très vite l'appendice se sténosa au point que le passage de la sonde devint très difficile, et dans les deux cas il fallut faire l'appendicectomie.

M. Hartmann (Paris) déclare avoir obtenu de l'appendicostomie un excellent résultat dans un cas de colite ulcéreuse. L'appendice est resté perméable et cependant ne laisse passer ni matières ni gaz. Quant à l'appendico-cœcostomie, elle est, à son avis, très inférieure à la cœcostomie pure et simple.

M. Lenormant (Paris) a dû, chez un malade atteint d'occlusion intestinale aiguë et auquel on avait fait la veille une appendicostomie, intervenir à nouveau, enlever l'appendice insuffisant et faire une cœcostomie.

M. Delagénière (Le Mans) a fait une appendicostomie dans un cas de colite ; l'opération fut facile et donna un résultat excellent en ce sens que l'appendice resta perméable. Mais la colite ne fut pas améliorée.

Appareil génito-urinaire.

Deux cent soixante-cinq opérations sur le rein. — *M. Hartmann* (Paris) apporte au Congrès sa statistique personnelle de 265 opérations sur le rein. Si on laisse de côté 13 opérations faites pour phlegmons périnéphrétiques, on compte :

1° 114 *néphrectomies* (7 transpéritonéales et 107 lombaires) avec 3 morts = 2,6 p. 100.

2° 82 *néphrotomies* avec 13 morts dont on peut soustraire 6 morts survenues chez des anuriques (0 sur 9 opérés). La mortalité est de 9,5 p. 100. Ceci est dû, non à l'acte opératoire luimême, mais à l'état des malades, cette opération se faisant souvent comme pis-aller chez des sujets cachectiques ou atteints de lésions bilatérales. ;

3° 17 interventions pour *lithiase* aseptique (14 néphrolithotomies et 3 pyélotomies) avec 1 mort de gangrène gazeuse ;

4° 31 *néphropexies* avec 1 mort (pleurésie).

5° 8 opérations diverses avec 2 morts (décapsulation pour anurie puerpérale).

Au point de vue des résultats :

15 néoplasmes malins ont donné des résultats peu brillants, pas un seul n'a survécu plus de 4 ans ; plusieurs sont morts de récidives après 3 ans.

2 cas de kystes hydatiques du rein ont obligé à la néphrectomie bien que souvent l'excision suivie de suture puisse suffire.

Dans les calculs du rein non infectés, la simple néphrotomie sans drainage est l'opération de choix. S'il y a suppuration, il faut drainer, et si une fistule persistante s'établit il faut faire la néphrectomie secondaire, que M. H., a dû faire 7 fois.

Dans la tuberculose rénale, la néphrectomie primitive est l'opération de choix et si le rein opposé est sain, sa gravité est minime (0 mort avec 57 cas). La néphrotomie donne de moins bons résultats. 25 cas ont donné 4 morts, nécessité 14 néphrectomies secondaires qui ont été suivies 7 fois de fistules persistantes. Elle doit être réservée aux cas où l'on ne ne peut, par suite de cystite, déterminer l'état de l'autre rein, à cause de lésions bilatérales ou de pyonéphroses énormes.

Au point de vue des résultats éloignés, la guérison complète est assez fréquente. Dans quelques cas cependant on assiste à l'évolution d'autres foyers tuberculeux.

Dans l'hydronéphrose intermittente la fixation du rein paraît suffire. Dans les cas graves on trouve presque toujours une bride vasculaire étranglant le bassinet. Dans l'hydronéphrose fermée, M. H., pratique en général la néphrectomie ; dans la plupart des cas, en effet, le tissu rénal est réduit presqu'à rien.

Dans le rein mobile il ne faut opérer que s'il y a de la rétention intermittente.

(1) Voir les numéros des 16,23,30 octobre et 6 et 13 novembre dernier.

Fistule urétérale d'origine chirurgicale : urétéro-cystonéostomie. — *M. Paul Delbet* (Paris) a guéri par une urétéro-cystonéostomie une fistule urétérale consécutive à une hystérectomie vaginale pour cancer. La voie extra-péritonéale lui paraît très supérieure à la voie intrapéritonéale. Les vaisseaux utéro-ovariens sont un point de repère précieux pour la découverte de l'uretère.

Nouvelle méthode de prostatectomie par les deux voies combinées. — *M. Lynn Thomas* (Cardiff) ; ayant eu le malheur de perdre de septicémie quelques opérés de prostatectomie, attribue ce fâcheux résultat : 1° à ce fait que le drainage de l'urine septique étant fait en sens inverse de la déclivité, la surface cruentée laissée par l'ablation de la prostate absorbe aisément des produits aseptiques et ; 2° à l'infection par le passage de microorganismes du rectum dans la loge prostatique où s'accumule la sécrétion des testicules et des vésicules séminales mêlée aux exsudats de réparation.

Il lui semble donc que la première condition à remplir c'est de drainer convenablement et rationnellement la vessie et la loge prostatique. C'est dans ce but qu'il a adopté la méthode suivante :

Le malade est placé sur le dos, le périnée au bout de la table, les jambes attachées aux portes-jambes. On commence par faire la prostatectomie sus-pubienne ordinaire. Si la prostate est facile à énucléer, on la décolle avec l'index. Puis quand elle est bien libérée, on passe de haut en bas, par la vessie, dans la loge prostatique, une pince spéciale à branches droites de 22 cm., ayant une extrémité courbée à angle droit de 9 cm. de long et dont les mors sont larges d' un cm. 1 /2. En pressant sur le périnée avec la main gauche on fait faire saillir l'extrémité de la pince en un point situé environ à 5 cm. en avant de l'anus et on incise le périnée sur la pince. On introduit l'index par cette incision pour voir si la prostate est bien énucléée et pour aider, si besoin est, à son énucléation qui est ainsi très facilitée.

La prostate enlevée, on place un drain par la vessie, drain qu'on saisit et attire vers le périnée à l'aide de la pince spéciale. Ce drain dans sa portion vésicale, est coupé en V dont chaque branche porte un orifice de telle façon que le drainage se fait encore quand la vessie se contracte sur le tube. Le drain est laissé en place 8 à 9 jours.

Par cette méthode, M. Lynn Thomas a opéré 23 malades qui ont tous guéri.

Urétroplastie veineuse pour un rétrécissement grave de l'urèthre. — *MM Patel* et *Leriche* (Lyon) ayant à traiter un rétrécissement urétral très ancien et infranchissable chez un homme de 43 ans ont tenté de remplacer la portion malade par un segment veineux.

Après un premier temps destiné à assurer la désinfection de l'urèthre (urétrotomie périnéale), ils extirpèrent le rétrécissement, long de plusieurs centimètres en ayant soin de ménager une petite languette saine de la paroi supérieure. Puis un segment de la saphène du malade fut prélevé, incisé en long et suturé par tous ses bords aux parties saines de l'urèthre. La plaie fut refermée et on ne mit pas de sonde à demeure. Au bout de 8 jours apparition d'une petite fistule périnéale qui dura un mois. Quatre mois après, le canal admet aisément une sonde n° 22, et le résultat tant anatomique que fonctionnel est parfait.

Ce procédé qui n'avait jamais encore été utilisé dans les rétrécissements, paraît capable de supprimer la dilatation consécutive, toujours longue et souvent insuffisante.

Utérus et annexes.

Sur l'opération césarienne extra-péritonéale. — *M. Doderlein* (Munich) a imaginé un procédé d'opération césarienne supra-symphysaire, portant sur le segment inférieur et non sur le corps utérin, pensant supprimer ainsi tous les inconvénients et tous les dangers de la césarienne habituelle.

Pour cela, on fait une incision allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse parallèlement à l'arcade crurale et allant en profondeur jusqu'au péritoine. Celui-ci est décollé peu à peu en haut et en dedans et on voit bientôt le segment inférieur sur lequel une incision verticale permet d'extraire le fœtus et le placenta. L'hémorragie est nulle et un simple surjet au catgut suffit à fermer la plaie utérine.

Ce procédé vraiment extrapéritonéal écarte tout danger d'infection pour la grande séreuse. Il est d'une exécution très simple et très rapide. On n'a pas à craindre de lésion de la vessie. Enfin et surtout les risques d'éclatement utérin au niveau de la cicatrice utérine sont beaucoup moindre en cas de grossesse ultérieure.

De la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes utérins et des suppurations pelviennes. — *M. Potherat* (Paris), qui depuis 20 ans a fréquemment pratiqué l'opération de Péan-Segond à laquelle il a été initié par le Dr Segond, apporte au Congrès les résultats de sa pratique.

Pour les fibromes, il employait toujours autrefois la voie vaginale. Mais maintenant dans les cas de grosses tumeurs il reconnaît que l'hystérectomie vaginale est longue et difficile et il lui préfère l'hystérectomie abdominale subtotale, réservant la voie inférieure aux fibromes qui descendent aisément ou aux utérus farcis de fibromes.

Pour les suppurations pelviennes, l'hystérectomie vaginale lui paraît indiquée dans tous les cas de lésions bilatérales avec ou sans suppuration péri-annexielle. L'opération est plus rapide que par la voie haute : on aborde les annexes par les points où elles se décollent le plus aisément ; on les a sous les yeux et si un abcès vient à se rompre, cela n'a pas de gravité. Le drainage est fait par voie déclive. On ne risque pas d'infecter le péritoine et on respecte la paroi, ce qui n'est pas sans aavoir de l'importance.

Il semble donc que la conclusion qui s'impose est la suivante : avec une bonne technique et dans les cas bien choisis, l'hystérectomie vaginale est une méthode merveilleuse de traitement pour les fibromes et les suppurations pelviennes.

M. de Rouville (Montpellier), bien que peu suspect de partialité en faveur de l'hystérectomie vaginale, puisqu'il ne la pratique qu'une fois environ pour 30 laparotomies, estime cependant que c'est là une bonne opération que l'on aurait tort d'oublier car elle a des indications très précises.

La première condition, indispensable, croit-il, pour l'emploi de cette opération, c'est la facilité de son exécution. L'utérus et les annexes doivent être aisément abaissables et le vagin suffisamment large.

Dans ces conditions c'est une opération simple, très rapide et ne laissant pas de cicatrice apparente. Il l'emploie donc dans le cas de petits fibromes uniques ou multiples ; d'utérus scléro-hypertrophiques avec ovaires scléro-kystiques, etc.

Quant au cancer du col, il ne faut pas l'opérer par voie vaginale s'il est enlevable, car l'intervention, surtout en cas limités; doit être large.

M. Reynès (Marseille) est également d'avis qu'on oublie trop l'hystérectomie vaginale qui est tout à fait indiquée dans les vieilles métrites, les ulcérations utérines suspectes, les petits fibromes, les prolapsus incurables.

Les dangers et les inconvénients de cette opération lui semblent avoir été fort exagérés. Elle n'est point aveugle et il est facile d'éviter et les uretères et l'hémorragie secondaire.

Du cloisonnement du vagin dans le prolapsus utérin complet chez les femmes âgées. — *M. G. Chavannaz* (Bordeaux) dans les cas où l'utérus tout entier pend entre les cuisses, et chez les femmes âgées, emploie le cloisonnement du vagin qu'il pratique de la façon suivante :

Il fait un avivement rectangulaire suivant les procédés de Le Fort et d'Eustache et pratique une série de sutures transvésicales par des surjets au catgut. Ces sutures qui se succèdent de centimètre en centimètre, assurent une coaptation exacte des deux lambeaux cruentés et forment ainsi une cloison parfaitement solide.

On complète l'opération par une réfection du périnée.

Cette opération, malgré qu'il ait perdu une malade par iléus paralytique post-opératoire, lui semble bien moins grave chez ces vieilles femmes qu'une intervention abdominale.

(*A suivre.*) Ch. Le Braz.

DIX-NEUVIÈME CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ ITALIENNE DE MÉDECINE INTERNE (1)

(Milan, 4 au 8 octobre 1909.).

(*Suite*).

II.— **Etat actuel de la question du cancer.**— Trois rapports ont été lus sur cette question :

1° Pr *Devoto* (Milan), *rapporteur.* — **Statistique sur le cancer.** — La phrase célèbre deCzerny:« le problème du cancer ne peutêtre résolu que par le bistouri » est une vérité affligeante et, dans l'état actuel des choses, il faut bien reconnaître que nous ne savons rien sur l'étiologie du cancer.

Un fait semble certainc'est que la fréquence du cancer est de plus en plus grande. Pour arriver à faire une statistique sur le cancer, plusieurs méthodes peuvent être employées: *a*) on peut faire le dénombrement des cancéreux vivants ; *b*) on peut faire le total des autopsies de cancéreux ; *c*) on peut chercher la proportion de la mortalité cancéreuse par rapport à la mortalité totale pendant une période plus ou moins longue.

Ces méthodes statistiques nepeuvent que donner des résultats très approximatifs.

Le rapporteur a étudié la mortalité par cancer à Milan pendant une période de 5 ans, 1903-1908, il a pu constater que la mortalité cancéreuse a augmenté dans d'effroyables proportions: elle est de 56 p. 1000, presque égale par conséquent à la mortalité observée dans une ville du Massachusset (Brokton), où elle est de 80 p. 1.000.

Pendant une période de 5 ans, sur laquelle porte sa statistique, il a été constaté : 1.247 décès masculins, et 1.245 décès féminins par cancer.

Par ordre de fréquence, ce sont surtout les cancers de l'utérus et de l'ovaire que l'on observe, puis les cancers du sein et de l'estomac.

Quelle est la cause de cette diffusion croissante du cancer ? Il faut la rechercher dans les conditions étiologiques et pathologiques où surviennent les tumeurs malignes ; c'est l'objet des rapports de MM. Moreschi et Veratti.

2° *M. Moreschi* (Pavie), *co-rapporteur.* — **Nouveaux faits biologiques à propos des tumeurs malignes.** — Le rapporteur envisage les tumeurs dans la série animale et montre qu'absentes chez les invertébrés, elles sont fréquentes chez les vertébrés.

Chez certaines espèces, on constate les tumeurs malignes à l'état pour ainsi dire endémique.

Au point de vue de l'étiologie, on tend actuellement à admettre que l'origine du cancer ne dépend pas d'une cause unique, mais qu'il est le fait des caractères biologiques spéciaux de la cellule cancéreuse et de ses rapports avec la nutrition.

Pour expliquer comment il se fait qu'une tumeur se développe par greffe chez tous les individus d'une même espèce, alors que ce développement n'a pas lieu lorsqu'on passe à une espèce différente, le rapporteur rappelle que trois conditions sont nécessaires.

a) L'animal doit disposer des substances nutritives que possédait l'animal cancéreux, dans ce cas la tumeur se développpe ;

b) L'animal ne possède aucune substance nutritive convenant aux «nutricepteurs» ; dans ce cas la tumeur ne se développe pas ;

c) Il n'y a pas de substances nutritives nécessaires aux nutricepteurs déjà formés, mais par contre il y a des substances convenant aux nutricepteurs en voie de formation ; dans ce cas les premiers dépérissent tandis que les seconds se multiplient et assurent la vie aux cellules, quand bien même on les transplanterait sur d'autres individus.

Moreschi pense que l'augmentation de la virulence des tumeurs est due soit à une hyperproduction des nutricepteurs, soit à l'adaptation possible d'une tumeur à une nouvelle race par formation de nouveaux nutricepteurs correspondants aux substances nutritives que ladite race peut posséder.

L'immunité naturelle ne serait donc due qu'à un manque de substances spécifiques nécessaires à l'accroissement.

Les recherches de l'auteur lui ont montré que l'accroissement de la tumeur était proportionnel à la quantité de substances nutritives données à l'animal.

Il a pu constater qui si on inoculait un animal en état d'infériorité nutritive manifeste, cet animal résistait tout autant et parfois mieux que les animaux nourris normalement.

On ne peut donc pas admettre un rapport d'échange constant et proportionnel de matériaux nutritifs entre la tumeur et l'organisme.

S'il en était ainsi,en effet,la soustraction de matières nutritives devrait non seulement empêcher l'accroissement de la tumeur, mais en outre déterminer à brève échéance la mort de l'animal.

Le rapporteur termine son travail en parlant de l'immunité active obtenue par divers moyens ; mais il conclut que le véritable mécanisme de cette immunité est absolument obscur et qu'à l'heure actuelle, on n'a pas encore établi de faits d'immunité passive.

M. Verrati (Pavie), *co-rapporteur.* — **Nouveaux faits histologiques à propos des tumeurs malignes.** — Le tissu conjonctif qui constitue le stroma d'une tumeur épithélialemaligne,qu'il s'agisse d'un adéno-carcinome ou d'un cancer, peut pour des causes indéterminées présenter les caractères morphologiques d'un véritable sarcome. Ce fait a été démontré expérimentalement.

Bien plus, ce stroma conjonctif dégénéré peut prendre le pas sur la néoplasie épithéliale et donner lieu ainsi à une transformation indirecte du cancer en sarcome.

Dans le cancer et le sarcome de la souris, il est possible de provoquer expérientalemment des modifications sensibles et bien définies dans la structure et la disposition morphologique des éléments, soit en agissant par différents moyens physiques sur les éléments de la tumeur transplantée, soit en faisant varier les conditions biologiques dans lesquelles se trouve l'animal à qui on va inoculer la tumeur.

En ce qui concerne le développement des tumeurs inoculées, les résultats peuvent être résumés comme suit.

a) Le parenchyme des tumeurs vraies se constitue par la prolifération des éléments transplantés ; le stroma dégénère, il est peu à peu résorbé et à lui se substitue un nouveau stroma qui provient du tissu conjonctif et des vaisseaux de l'hôte.

b) La nature de la tumeur transplantée a une influence spécifique sur la détermination des caractères du nouveau stroma.

c) La transformation sarcomateuse du stroma de certaines tumeurs de la souris n'est pas due à la préexistence de tissu sarcomateux constatable dans la tumeur mère ; elle n'est pas due nosplus à l'intervention d'agents microbiens irritants ou étrangers.

Suivant Veratti, elle est due à une modification biologique de cause inconnue des cellules du stroma.

Par suite de cette modification,ces cellules acquièrent dès l'origine la faculté de survivre à leur transplantation sur un autre animal.

Elles continuent à proliférer indéfiniment et ensuite modifient leur modalité en prenant les caractères d'éléments sarcomateux.

Rappelant les méthodes utilisées par Fischer et l'ensemble des travaux entrepris à la suite de ces expériences, le rapporteur montre que certaines substances chimiques irritantes sont suceptibles de déterminer des proliférations épithéliales, en tout semblables par leurs caractères morphologiques à certains cancers.

Néanmoins les expériences de Fischer n'ont en rien éclairci l'obscurité qui entoure la pathogénie des tumeurs malignes.

La quatrième partie du rapport de M. Veratti est consacrée à la critique des conclusions de San Felice et de Borrel.

En présence des conclusions de San Felice sur l'étiologie, la pathogénie, la thérapeutique des tnmeurs malignes, il faut, à l'heure actuelle, faire preuve de la plus grande réserve.

On ne peut accepter comme un fait absolument démontré l'existence constante de saccharomycètes dans les tumeurs malignes de l'homme et des animaux.

Il n'est pas démontré, d'autre part, que les néoformations provoquées chez les animaux à l'aide d'inoculations de culures vieil-

(1) Voir le numéro du 6 Novembre.

les de blastomycètes et de leurs toxines puissent être considérées comme de véritables tumeurs,

Leur structure histologique ne permet pas de conclure dans le sens affirmatif, et d'autre part la faculté qu'ont leurs éléments de résister à la transplantation sur des animaux de la même espèce peut, en dernière analyse, être considérée comme résultant de la présence de blastomycètes qui auraient persisté.

La sérothérapie, préconisée par San Félice, n'a pas donné de résultats bien convaincants. Dans les cas où cette méthode a réussi, il ne s'agissait pas de véritables tumeurs malignes, mais de lésions inflammatoires, de nature obscure, curables spontanément.

Dans les cas de véritables tumeurs malignes, histologiquement déterminées, le résultat de la sérothérapie a été constamment né gatif.

En ce qui concerne les constatations et les expériences de Borrel, Veratti formule un certain nombre d'objections. Les constatations faites par Borrel sont trop peu nombreuses ; d'autre part, la présence du Demodex folliculorum au sein d'une tumeur peut être le résultat d'une simple coïncidence.

Au point de vue histologique, les examens de Borrel ont porté sur les cancers extrêmement limités, tout à fait au début de leur évolution, et il est, dans de pareils cas, difficile de dire si Borrel a eu vraiment affaire à un cancer : peut-être s'agissait-il plutôt d'une hypertrophie des épithéliums par irritation chronique.

Si on étudie de près les observations de Borrel, on est immédiatement porté à penser qu'il y a eu erreur de diagnostic: on a pu prendre pour un cancer au début des hyperplasies inflammatoires des glandes sébacées et des follicules pileux, déterminées par la présence du Demodex folliculorum.

La cinquième partie du rapport de M. Veratti est consacrée à l'étude de l'immunité observée dans certaines tumeurs malignes.

Zancarini a montré que les réactions locales variaient après Inoculation d'une tumeur suivant la nature du tissu inoculé, le siège de l'inoculation, suivant qu'on employait une pièce fraîche ou non, etc.

Von Dungern a montré que les éléments d'une tumeur transplantée à un animal conservent dans une certaine mesure leur indépendance et leurs caractères primitifs.

Mais les faits d'immunité active sont trop peu nombreux pour que l'on puisse conclure.

Les conclusions qui se dégagent du rapport très documenté de Veratti montrent que la question du cancer est loin d'être résolue.

De nouvelles expériences biologiques, de nouvelles recherches histologiques, ont soulevé de nouveaux problèmes, mais malgré les notions acquises, il est impossible à l'heure actuelle d'émettre des conclusions pratiques.

(*A suivre*) F. JACOULET.

LE XVI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST

(*Suite*) (1).

M. Desnos (de Paris). — **La lithiase rénale .Indications de la néphrotomie et de la néphrectomie dans la lithiase rénale.** — Il est inutile d'exposer ici les raisons qui ont fait adopter universellement la néphrotomie comme opération de choix dans la lithiase rénale, et celles qui font considérer la néphrectomie primitive comme opération de nécessité. Je ne veux pas revenir sur ces faits aujourd'hui acquis et je m'empresse d'ajouter que, pour ma part, je me conforme à cette règle générale. Mais il y a des exceptions que je me propose d'examiner ici, basées surtout sur les résultats éloignés des néphrotomies primitives dont on est peut-être un peu trop porté à préconiser l'adoption constante. J'excepte, bien entendu, les cas de lithiase bilatérale dans lesquels la néphrotomie est seule possible, cas dans lesquels des opérations multiples donnent souvent les meilleurs résultats,mais c'est alors une opération de nécessité, entraînant des interventions complémentaires, échappant à des règles générales.

(1) Voir *Prog. Méd.*, p. 462, 475, 497, 510, 519, 551.

En présence de calculs rénaux unilatéraux, l'autre rein étant démontré sain, la conduite est différente, suivant qu'ils sont aseptiques ou infectés. Un calcul aseptique est, dans l'immense majorité des cas justiciables de la néphrotomie simple, quoique, par parenthèse, la fripélatomie tende à lui enlever une partie de son domaine. Je ferai exception toutefois pour les calculs très nombreux du parenchyme rénal ; il est presque impossible de parvenir à les enlever tous ; on ne le fait qu'après des déchirures et des délabrements considérables qui exposent le rein à l'infection et plus tard laissent cet organe atteint de néphrite interstertitielle qui évolue, ce que m'a démontré le cathétérisme urétéral ; enfin, la récidive est constante : la néphrectomie est donc préférable pour ces cas exceptionnels.La question est plus complexe dans les cas infectés. On accepte généralement le principe de la conservation quand l'uretère est perméable et peu malade, que ses lésions peuvent être modifiées par le cathétérisme de l'uretère permanent ou intermittent, et quand tous les calculs peuvent être enlevés avec certitude.Dans ces cas,beaucoup de chirurgiens admettent qu'il faut chercher à conserver le rein, même lorsque la quantité de parenchyme normal est très minime. Cette opération est basée sur la statistique, celle de la néphrectomie secondaire étant bien plus favorable que celle de la primitive, mais les statistiques publiées englobent l'ensemble des cas publiés. Or, si l'on considère seulement les dernières années, depuis que l'examen des fonctions rénales a atteint le degré de perfection que nous lui connaissons, la statistique est bien améliorée et telle qu'en réunissant la mortalité de néphrotomie primitive et de néphrotomie secondaire on arrive à un pourcentage sensiblement égal à celui des néphrotomies primitives.Mais il est surtout intéressant de savoir ce qu'on fait gagner au malade. Assurément un grand nombre de malades conservent un rein en état de fonctionner normalement, mais il faut pour cela que les lésions ne soient pas trop avancées, et qu'une quantité de substance rénale assez considérable subsiste. Il faut surtout que cette partie de parenchyme ait encore une intégrité fonctionnelle suffisante ; or si cela arrive dans les cas légers, il n'en est pas de même quand les lésions sont très anciennes. En conservant un rein qui a été distendu ou très longtemps, ou à un degré très avancé, ou qui a été le siège de poussées aiguës violentes et répétées, on s'expose à voir tardivement des accidents infectieux reparaître, même quand la fistule n'a été fermée que lorsque l'uretère a donné de l'urine non infectée. Mais il importe surtout de savoir qu'on conserve le plus souvent un rein dont le pouvoir fonctionnel est très diminué ou même nul. Le cathétérisme urétéral m'a montré que même dans les cas où l'urine paraissait normale au moment de la fermeture de la fistule, on observait à un moment plus ou moins éloigné, que le parenchyme rénal ne sécrétait plus qu'une quantité insignifiante d'urine ; cette dernière, d'ailleurs, non seulement avait perdu ses caractères normaux et présentait une déminéralisation très grande, mais elle contenait aussi une forte proportion d'albumine même en l'absence de pus. Ces faits ont été très nets dans les six cas que je résume ci-dessous, mais j'ai observé également un état pathologique analogue, quoique moins prononcé, dans l'urine de plusieurs reins autrefois soumis à une néphrolithotomie.

Observation I. — Néphrotomie pour néphrose ancienne ; 3 gros calculs ; uretère perméable ; une fistule rénale, maintenue ouverte pendant six mois donne de l'urinequi de vient peu à peu normale, est fermée à ce moment. Bonne santé générale pendant 5 ans : l'uretère cathétérisée à ce moment, donne 12 grammes d'urinc en 3 heures, avec 2.15 grammes d'urée par litre et 320 grammes de chlorures.

Observation II. — Mêmes circonstances que dans l'observation précédente : fistule fermée au bout d'un an, donnant de l'urine normale, Le cathétérisme urétéral, pratiqué 3 ans et demi après, ne fournit que 8 grammes en 2 heures avec 10 grammes d'urée, 240 gr. de chlorure. et 90 grammes d'albumine5, sans pus.

Observation III. — Cas ancien datant de 18 ans. Annihilation presque complète du rein ; la sonde uretérale donne en 4 heures 1 à 2 , 3 grammes d'urine paraissant contenir un gramme d'urée.

Observation IV. — Cas relativement bon, opéré, il y a six ans. La moitié du parenchyme rénal paraissant indemne, à côté d'une

vaste poche pyélitique. Aujourd'hui, le cathétérisme urétéral donne 20 grammes en deux heures avec six grammes d'urée, 4 gr. 45 de chlor. et 2 gr. 20 d'albumine.

Observation V. — Cas favorable en apparence. Grande quantité de parenchyme d'aspect normal à l'ouverture du rein ; rétablissement de la fonction rénale après 3 mois de fistule. Réinfection 3 ans après qui a persisté depuis ; après 7 ans, la radiographie montre un calcul récidivé ; cathétérisme urétéral, 17 grammes en 2 heures, 10 gr. d'urée par litre.

Observation VI. — Opéré il y a dix ans, hydropyonéphrose avec oblitération urétérale calculeuse presque complète. Fistule lombaire 15 mois puis oblitération avec urine normale. Aujourd'hui, cathétérisme urétéral, 15 gr. d'urine en trois heures, 9 grammes d'urée par litre.

En conséquence, j'estime que, tout en considérant la néphrotomie primitive comme l'opération de choix dans la lithiase rénale, il ne faut pas trop en étendre les indications. Quand les lésions du parenchyme sont anciennes et profondes, quand le malade offre une résistance suffisante, quand la néphrectomie ne présente pas de grosses difficultés, c'est à cette dernière qu'il vaut mieux avoir recours. Les résultats d'une néphrotomie primitive qui paraissent très bons à une époque rapprochée de l'opération, le deviennent moins dans la suite, car il arrive souvent que l'organe conservé perd peu à peu ses qualités fonctionnelles.

M. Loumeau (de Bordeaux).— **Prostatectomie transvésicale pour hypertrophie de la prostate.** — L'auteur apporte les résultats de son expérience sur la prostatectomie transvésicale, qu'il a pratiquée 130 fois, dont 127 pour hypertrophie et 3 pour protatite chronique suppurée, avec 117 guérisons et 13 morts, soit une mortalité globale de 10 pour 100, abaissée à 7 pour 100 depuis le 1er mars 1908.

Pour l'opération et les soins consécutifs, l'auteur a suivi la technique de Freyer, mais plus fidèlement encore depuis juillet 1908, époque à laquelle il a vu opérer à Londres le chirurgien anglais. Il fait toujours précéder la prostatectomie de la résection des canaux déférents et a, dans tous les cas, sauf chez ses deux premiers opérés, employé le gros tube de Freyer. La guérison de la plaie a été obtenue du 20e au 40e jour, sauf chez 14 malades indociles, dont la fistule persista de 2 à 10 mois et nécessita chez l'un d'eux un avivement secondaire. Chez trois prostatiques gravement infectés l'opération fut faite en deux temps. Dans 5 cas apparurent postérieurement à la prostatectomie des calculs phosphatiques qu'il fallut lithotritier, ce qui a décidé l'auteur à faire continuer chez tous ses opérés les lavages vésicaux jusqu'à limpidité absolue des urines. La disparition des troubles mictionnels a été complète dans touts les cas, sauf chez un malade, opéré actuellement depuis 3 mois 1/2, et auquel l'ablation simultanée d'une énorme prostate et d'une certaine longueur d'urètre préprostatique a laissé une incontinence totale dans l'attitude verticale, constrastant avec la miction volontaire du séjour au lit. Dans un cas enfin, où l'énucléation cependant ne porta que sur la masse urétro-prostatique, une rétention invincible obligea, sitôt la vessie fermée, à pratiquer une urétrotomie externe profonde, bientôt suivie d'une guérison complète. M. Loumeau est de plus en plus convaincu de l'excellence et de la bénignité de la prostatectomie transvésicale et de sa grande supériorité sur la prostatectomie transpérinéale. A ses yeux, elle réalise incontestablement le traitement curatif de choix de l'hypertrophie prostatique.

Dermatologie et maladies vénériennes.

M. J. Darier (de Paris). — **Les sarcoïdes cutanées et sous-cutanées. Leurs rapports avec les sarcomes, lymphodermies, la tuberculose, etc.** — Il faut conserver dans les cadres de la nosographie un groupe appelé sarcoïdes.

Dans ce groupe rentre toute une série de néoplasies conjonctives, de nature incertaine, mais qui, malgré une apparence grossière, ne sont pas des sarcomes.

Cliniquement, les sarcoïdes se présentent sous l'aspect de tumeurs cutanées ou sous-cutanées, généralement multiples, indolentes, à évolution lente ou même chronique, n'atteignant que des dimensions modérées, n'ayant aucune tendance à se ramollir ou à s'ulcérer, d'évolution bénigne en ce sens qu'elles ne récidivent pas localement après leur ablation, qu'elles ne donnent pas lieu à des métastases viscérales, et qu'elles n'influent pas sensiblement sur la santé générale des malades. Le sang conserve sa constitution normale et les organes lymphatiques, notamment les ganglions, peuvent rester indemnes.

Les sarcoïdes sont habituellement sujettes à régression ; elles ont paru souvent guéries par l'arsenic, le calomel, la tuberculine, etc.

Anatomiquement, les sarcoïdes sont constituées par des amas ou infiltrats cellulaires, insinués dans la trame du derme ou de l'hypoderme, ce qui les distingue des sarcomes dont les éléments sont disposés en masses cohérentes et homogènes.

Les formes morbides qui répondent à cette définition sont nombreuses, variées et forment entre elles une série à peu prés continue, en sorte qu'il est fort difficile d'en distinguer des types bien nets.

On peut cependant, pour mettre un peu d'ordre dans la matière, admettre les quatre types suivants, qui sont à la vérité reliés entre eux par de nombreuses formes de passages :

1er type. — *Sarcoïdes cutanées de Boeck*, ou *lupoïdes miliaires*, dont il existe trois variétés : papuleuse tubéreuse et infiltrée.

2e type. — *Sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy.*

3e type. — *Sarcoïdes se rapprochant de l'érythème induré ou sarcoïdes noueuses et nodulaires des membres.*

4e *type.* — *Sarcoïdes de Spiegler-Fendt* sarcoïdes à cellules rondes non tuberculoïdes se rapprochant des lymphodermies néoplasiques.

Les sarcoïdes des trois premiers types paraissent, en majeure partie tout au moins, affecter d'étroites relations avec la tuberculose, et l'on est en droit, à ce titre, de les faire rentrer dans les *tuberculides.*

Quant à celles du quatrième type, leur nature infectieuse est probable, leur nature tuberculeuse n'est pas impossible; mais elles restent en réalité tout à fait énigmatiques. Les cas de cette catégorie exigeront de la part des observateurs une enquête approfondie au point de vue de leurs relations, d'une part avec des infections connues ou inconnues, d'autre part avec les maladies des organes hématopoïétiques et lymphatiques.

MM. de Beurmann, Degrais et Vaucher (de Paris). — **Traitement du lupus tuberculeux.** — Les auteurs groupent les méthodes de traitement du lupus tuberculeux d'après le processus par lequel elles peuvent conduire à la guérison ; ils indiquent que le traitement doit combattre :

1° Les lésions extra-cutanées qui sont souvent le point de départ du lupus ;

2° Les infections secondaires ;

3° Les lésions lupiques elles-mêmes.

Parmi les lésions extra-cutanées, il ne faut pas se lasser d'insister sur l'importance des lésions endo-nasales et sur la nécessité de traiter toute lésion suspecte de la pituitaire, faute de quoi on est exposé à lutter en vain contre les lésions cutanées dont le point de départ subsiste.

Les infections secondaires doivent être autrement traitées, car leur disparition ramène le lupus à ses justes proportions.

Quant aux lésions lupiques de la peau, les procédés destinés à les combattre se divisent en quatre catégories :

1° La sérumthérapie ;

2° Les procédés d'exérèse ;

3° Les scarifications ;

4° L'emploi des rayons pénétrants.

Les auteurs recommandent surtout l'emploi des radiations pénétrantes.

Celles-ci sont fournies par les rayons de Röntgen et du radium et par les rayons chimiques de la lumière.

On obtient au laboratoire photothérapique de l'hôpital Saint-Louis de Paris les mêmes résultats que ceux de Finsen-Reyn, à Copenhague, et c'est ce procédé qui donne les meilleurs et les plus nombreux succès, à condition toutefois que la source productrice des rayons curateurs soit le véritable appareil de Finsen.

Les auteurs présentent une modification qu'ils ont apportée à cet appareil pour en faciliter la mise au point, et un petit appareil additionnel appelé *auto-compresseur*, destiné à obtenir le

parallélisme exact entre le plan du compresseur et le système optique de la lunette, en même temps qu'une compression d'une continuité et d'une égalité plus parfaite que celle de la main d'un aide.

(*A suivre.*)

ANALYSES

La syphilis secondaire acquise des fosses nasales, par B. Bord. (*Thèse de Paris*, 1909. Steinheil, éditeur.)

Les manifestations de la syphilis secondaire au niveau des fosses nasales sont parmi les plus fréquentes. On les rencontre chez les trois quarts des malades à un moment variable de l'étape secondaire, mais en général au moment même où apparaissent les manifestations pharyngo-laryngées, tubo-tympaniques. Presque constantes chez les jeunes sujets, leur fréquence diminue avec l'âge.

Les lésions de l'orifice narinaire et du vestibule des fosses nasales sont bien connues, elles consistent en fissures, rhagades, lésions éczématiformes avec prurit, papules hypertrophiques, plaques muqueuses, cutanées, syphilides formant des contours élégants, etc.

Les manifestations de la syphilis secondaire au niveau des fosses nasales proprement dites ont été beaucoup moins étudiées ; elles se montrent de 8 à 15 jours après la roséole. Elles consistent en :

1° Tuméfaction inflammatoire de la pituitaire (général ou partielle), c'est d'après B., la manifestation fondamentale de la syphilis secondaire des fosses nasales, qui entraîne une gêne marquée de la respiration nasale ;

2° Hypersécrétion muco-purulente, qui, dans des cas plus rares peut être remplacée par une sécheresse exagérée de la muqueuse.

3° Enanthème (érythème vermillon), circonscrit le plus souvent. La partie antéro-inférieure de la cloison en est le siège de prédilection ;

4° Erosions siégeant presque toujours à la partie antéro-inférieure de la cloison, plus rarement sur la tête du cornet inférieur; elles sont minimes, entourées d'un halo rouge, recouvertes par une pellicule ;

5° Des épistaxis peu importantes d'ailleurs ;

6° Les papules hypertrophiques ou condylomes sont tout à fait exceptionnelles (2 cas sur 1.500 observations. Elles sont l'apanage des gens malpropres, comme pareilles manifestations aux organes génitaux.

La syphilis ulcéreuse et térébrante des fosses nasales n'appartient nullement aux accidents tertiaires.

Rien de particulier pour le traitement de toutes ces lésions qui est celui de la syphilis à sa période secondaire. A signaler cependant que l'huile grise ne semble pas avoir beaucoup de prise sur elles.

L'auteur rapporte à la suite de son étude une centaine d'observations personnelles. A. F.

Paralysie faciale traitée par l'anastomose du facial avec l'hypoglosse, avec anastomose entre le bout périphérique de l'hypoglosse sectionné et le nerf spinal ; par Ch. A. Ballance. (*Lancet*, 12 juin 1909.)

Cette observation est remarquable, d'abord par l'excellence du résultat au point de vue de la paralysie faciale, ensuite par l'anastomose complémentaire entre le spinal et l'hypoglosse, qui n'avait jamais été pratiquée.

La paralysie faciale était complète, consécutive à une section du nerf lors d'un évidement pétro-mastoïdien pratiqué en novembre 1904.

L'anastomose nerveuse fut effectuée en juillet 1906, soit deux ans plus tard. Vingt mois après, « la guérison, au point de vue trophique et fonctionnel des muscles de la face, de la langue et du cou était complète. Les mouvements de la face et de la langue étaient indépendants les uns des autres », mais il persistait des mouvements associés de la langue et de l'épaule.

B., pour la guérison de la paralysie faciale, a le premier effectué l'anastomose spino-faciale ; il lui préfère aujourd'hui l'hypoglosso-faciale à cause du voisinage, et probablement d'une communauté partielle aux 2 deux nerfs de leurs centres bulbaires. Il condamne les anastomoses partielles et latérales. Il faut sectionner complètement le nerf hypoglosse, anastomoser bout à bout son bout central avec le bout périphérique du facial. L'hémiatrophie, l'hémiparalysie de la langue offrent moins d'inconvénients que l'atrophie et la paralysie causées par la section du spinal. Néanmoins, pour la diminuer, on pourra, comme dans ce cas, anastomoser le bout périphérique de l'hypoglosse avec des fibres du tronc du spinal incomplètement sectionné.

H. Bourgeois.

BIBLIOGRAPHIE

La fulguration et ses résultats dans le traitement du cancer ; par le Dr De Keating-Hart (de Paris), d'après une statistique de 247 cas. In-8° avec 97 gravures dans le texte et hors texte : 4 francs. (A. Maloine, éditeur, Paris.)

Sous ce titre, l'auteur publie les résultats donnés jusqu'à ce jour par l'emploi de sa méthode, à lui-même et à ceux qui ont suivi sa technique, et les oppose aux échecs publiés depuis quelque temps par un certain nombre de chirurgiens.

Il divise les 247 cas de sa statistique personnelle en deux catégories : l'une comprenant 83 cas de cancers généralisés ou développés sur des organes vitaux, et sur lesquels il a obtenu 72 pour 100 d'améliorations notables (suppression des hémorrhagies et des douleurs, cicatrisation, relèvement de l'état général, etc.) ; la seconde composée d'un groupe de 118 cas où les lésions macroscopiques ont pu être enlevées au plus près, et d'un autre groupe de 13 cas opérés largement d'après les principes actuels de la chirurgie : les 118 cas ont donné 66 pour 100 de guérisons (d'une durée de 6 mois au moins à 3 ans 1/2 au plus) et les 13 derniers, où figurent cependant 5 cancers de la langue, sont sans récidive depuis 6 mois au moins et un an au plus.

De ces faits, l'auteur, ayant rapproché les statistiques très encourageantes publiées aussi par le professeur Duret, le docteur Desplat, etc., conclut en expliquant les échecs des autres expérimentateurs par des erreurs de technique soit électrique, soit chirurgicale, et précise en quoi ces erreurs ont consisté le plus souvent. Il termine par un appendice où, constituant avec les 51 cas normalement opérables de sa statistique une statistique comparable à celles des chirurgiens, il constate en faveur de sa méthode une proportion de 88,6 pour 100 de succès dus à celle-ci, dans une série d'où il a extrait cependant les cancers d'origine cutanée et où figurent de nombreux cancers des muqueuses.

Formulaire moderne. — Traitements, ordonnances, médicaments nouveaux ; par le Dr R. Vaucaire. — Vigot frères, éditeurs, Paris. Un vol-in-18 de 1026 pages. Cartonné : 7 fr.

L'excellent accueil fait aux quatre premières éditions du formulaire moderne et aussi, la publication du nouveau codex, nous ont engagé à donner au public médical une cinquième édition entièrement revisée et mise au courant des nouveaux traitements et des nouvelles médications.

Aussi, dans ce nouveau formulaire, l'auteur a-t-il augmenté et modifié certains chapitres, surtout ceux qui sont consacrés à l'*opothérapie*, à la sérothérapie, au traitement des affections de l'intestin par la méthode des ferments, aux maladies du *système nerveux*, à la *diphtérie*, à la *gynécologie*, à l'*obstétrique*, à la *thérapeutique infantile*, aux maladies des *yeux*, des *oreilles et du nez*, à la *thérapeutique hypodermique*, à la tuberculo-thérapie, à la colloïdo-thérapie, à la séro-thérapie, à l'atoxyl dans la syphilis et à l'*antisepsie*, variant les formules suivant les cas et les symptômes. Il a choisi dans l'arsenal thérapeutique, très encombré par les médicaments nouveaux, les remèdes les plus employés prescrits par les maîtres et expérimentés par les plus distingués médecins français et étrangers. Le seul but poursuivi par le Dr Vaucaire dans cet ouvrage est d'aider dans leurs recherches les praticiens qui demandent à être mis rapidement au courant de la science, et de servir de guide aux étudiants, en leur présentant un manuel bien fait, complet et précis, ce qui le rend indispensable à tous.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'examen clinique de l'enfant (1);

par René CRUCHET
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Il est banal de dire que l'examen de l'enfant diffère, par bien des côtés, de celui de l'adulte ; cette vérité, acceptée de tout temps, est surtout évidente en ce qui concerne la première enfance, qui correspond, comme on sait, aux deux premières années de la vie.

Examen d'un enfant du premier âge.

Cette exploration clinique, magistralement traitée par Marfan dans un livre récent (2), comprend, comme toute observation, deux parties : 1° la recherche des antécédents ou *anamnèse* qui se subdivise elle-même en : *a*) recherche des antécédents héréditaires et hérédo-conceptionnels ; *b*) recherche des antécédents personnels ; *c*) histoire de la maladie actuelle. 2° la deuxième partie est consacrée à l'examen de l'état actuel ou *status præsens*.

Antécédents. — Un vieil auteur écrit en substance ceci : « Le diagnostic des maladies des petits enfants ne se fait pas d'après le récit de ces derniers, mais par l'interrogatoire des mères et des nourrices. Ce sont ces femmes qui nous apprendront si les enfants ont eu des nausées et des vomissements, si leurs selles sont rares ou fréquentes et quel est leur contenu ; qui nous diront s'ils crient, sont inquiets ou sans sommeil, s'ils ont toussé, ont eu soif ou la fièvre, si enfin ils ont présenté des convulsions, et si ces dernières étaient générales ou localisées, de longue ou de courte durée, isolées ou répétées » (3). Ces lignes contiennent, à n'en pas douter, une grande part de vérité. Le médecin doit toutefois éviter d'ajouter une foi aveugle aux dires de l'entourage ; il ne doit pas accepter sans raisons sérieuses les affirmations des parents qui incriminent à tout propos les « vers » et les « dents », et voient fréquemment des convulsions où il n'existe que de simples mouvements réflexes plus ou moins brusques et réitérés ; il doit surtout se méfier des assertions souvent intéressées des nourrices, dont la moralité ne semble pas avoir beaucoup progressé depuis le XVIII[e] siècle (où elle était détestable, si nous en croyons Andry), et qui, pour conserver leur place ou s'éviter des réprimandes, trompent sciemment les parents et les médecins. La collation des renseignements concernant un nourrisson demande une grande habitude, beaucoup de tact et souvent même un véritable flair, qui permet de ne pas s'égarer sur une mauvaise piste.

Voici, en quelques mots, la nature des documents qu'il est nécessaire de se procurer.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Si l'influence de l'hérédité proprement dite dans la genèse des maladies paraît avoir été quelque peu exagérée à une certaine époque, il ne faut pas, avec quelques contemporains, tomber dans l'excès contraire et tendre à nier l'importance de l'hérédité au profit des causes acquises. « Qui doute, écrit Gautier-Harris, que l'arthritisme, l'épilepsie, la calculose, la phtisie, la scrofule, ne soient transmises par leurs parents à leurs enfants ? ». D'où la nécessité pour le médecin, ainsi que le fait remarquer Marfan, de se renseigner, en présence d'un cas suspect donné : *a*) s'il y a des *tuberculeux* dans la famille, si des frères ou des sœurs sont morts de méningite ; *b*) si le père et la mère, les frères ou les sœurs présentent ou ont présenté des accidents *syphilitiques*, si, en particulier, la mère n'a pas fait de fausses couches : *c*) si les parents ne sont pas *alcooliques* ; *d*) s'il n'existe pas de *neuro-arthritiques* dans la famille : migraineux, obèses, calculeux, diabétiques, hémorroïdaires, goutteux, asthmatiques, eczémateux ; ou des *névropathes*, et *vésaniques* ; *e*) on établira enfin, s'il y a lieu, la liste, par rang de naissance, des frères et sœurs du malade, en notant leur état de santé, en faisant le décompte, au fur et à mesure, des décès ou des fausses couches, en fixant exactement quel est le rang du petit malade : on sait, en effet, que, dans les nombreuses familles, il arrive assez souvent que les enfants venus en dernier lieu, ou à la suite de grossesses trop rapprochées, s'élèvent mal.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDO-CONCEPTIONNELS. — La grosse question à poser est celle-ci :

La mère a-t-elle présenté des accidents pendant la grossesse, la parturition et les suites de couches ? — Nous savons, en effet, l'importance considérable qu'ont ces accidents sur le fœtus et, par suite, sur le nouveau-né et même le nourrisson. L'exemple suivant, rapporté par Marfan, est particulièrement démonstratif : « Un enfant de dix jours, dit-il, nous fut amené à la consultation de l'hôpital profondément cachectique, avec une teinte ictérique jaune sale, avec des gencives saignantes et des noyaux de gangrène dans les lèvres ; une voisine, qui nous l'apportait, nous apprit que, deux jours auparavant, la mère avait succombé à une péritonite. Grâce à ce renseignement, il nous fut possible de porter presque immédiatement le diagnostic de septicémie d'origine puerpérale, avec ictère et noma chez un nouveau-né » (1).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Leur recherche soulève les questions suivantes qui sont du plus haut intérêt pratique :

L'enfant est-il né à terme ? Présentait-il à la naissance quelque chose d'anormal ? Quel était son poids ? — La naissance avant terme est un document capital, non seulement parce qu'elle doit faire soupçonner diverses infections fœtales, *syphilis* surtout, mais aussi parce qu'elle permet d'expliquer souvent la *débilité congénitale* qui se poursuit, chez certains sujets, bien au-delà de la naissance. Le facteur *poids*, quand il indique, dès la naissance, une notable diminution ; 2 kg. 500, 2 kilogrammes et moins encore, est également important à considérer pour des raisons identiques ; il en est de même des *malformations* ou *anomalies* qui s'observent chez le nouveau-né, et dont la recherche doit toujours être pratiquée avec le plus grand soin ; on demandera encore si l'enfant n'a pas fait d'*éruption* à la naissance (variole, rougeole congénitales), et surtout s'il ne présentait pas de signes de syphilis héréditaire (*pemphigus* en particulier).

Comment l'enfant est-il et a-t-il été nourri ? Est-il ou non sevré, et depuis quand ? — Il ne faut jamais oublier de se renseigner sur ces faits, et on conduira différemment l'interrogatoire selon que le nourrisson a été élevé *au sein* ou *au biberon*. On verra ainsi si les règles générales d'alimentation ont été suivies. Sans entrer dans leur détail — qu'on trouvera exposé avec clarté et précision dans les traités actuels de Marfan, Andérodias, Apert, etc., — il est

(1) Etude extraite, avec quelques changements, de *La Pratique des maladies des enfants*, fascicule II, qui va paraître en décembre chez J.-B. Baillière et fils

(2) MARFAN. — Exploration clinique dans la première enfance, introduction au *Précis des maladies des Enfants*, par Apert, 1909.

(3) GAUTIER-HARRIS. — *De morbis acutis infantium*, Amstelodami, p. 8, 1715.

(1) MARFAN. — *Loc. cit.*, p. 8.

bon de rappeler que c'est presque toujours la suralimentation qui est en cause. C'est elle qui fait que la quantité du lait des têtées ou des biberons est trop forte, que leur nombre est trop élevé, que leur distribution est trop rapprochée et répétée à des intervalles absolument irréguliers, que des aliments, autres que le lait, sont donnés aux nourrissons avant le temps voulu et en trop grande abondance, que le sevrage est effectué de façon trop brusque et sans les transitions nécessaires.

A quel âge l'enfant a-t-il mis ses dents et a-t-il commencé à marcher et parler ? — Sans jouer un rôle aussi capital que le veulent encore beaucoup de familles, il est évident que la sortie des dents a une importance indiscutable ; outre qu'elle peut expliquer certains accidents, nerveux ou infectieux, elle doit, par son retard, à partir des septième ou huitième mois, faire songer à un allaitement artificiel ou si cette cause n'est pas en jeu, faire soupçonner des lésions de sclérose cérébrale ou l'hérédo-syphilis, mais surtout le rachitisme.

Un retard dans la marche ou dans l'exercice de la parole, après seize à dix-huit mois, doit également faire songer à des troubles analogues.

Quelles sont les maladies qu'a déjà eues l'enfant ? — Voici à ce sujet ce que dit Marfan ; « On demandera d'abord si l'enfant a été sujet aux bronchites, à la diarrhée, aux convulsions. Un enfant qui est sujet à la bronchite, qui a des bronchites à répétitions, doit être suspecté de tuberculose ou d'adénopathie trachéo-bronchique, d'asthme ou de végétations adénoïdes du pharynx nasal. Un enfant qui est sujet à la diarrhée a presque sûrement de la dyspepsie ou de l'entérite, et on doit, chez lui, chercher le rachitisme ; un enfant qui a eu des convulsions doit être surveillé de près, car, à l'occasion d'influences diverses, ces convulsions peuvent se répéter.

On demandera ensuite *si l'enfant a été vacciné*, s'il a déjà eu des fièvres éruptives ou une des maladies contagieuses de l'enfance *qui ne récidivent pas.* On comprend sans peine quelle importance prennent les réponses à cette dernière question au point de vue du diagnostic.

Voici un enfant atteint d'une rhino-bronchite fébrile. Est-ce la grippe ? Est-ce la rougeole ? Est-ce la coqueluche ? Problème parfois insoluble les premiers jours. Mais si l'enfant a eu la rougeole, ou la coqueluche, ou ces deux maladies, on peut affirmer que ce n'est pas la première ou que ce n'est pas la seconde, ou que ce n'est ni l'une ni l'autre, car l'immunité que donne une première atteinte de rougeole ou de coqueluche est bien près d'être absolue. »

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE. — Ici, on sera généralement guidé par les réponses des parents, qui indiqueront les principaux symptômes qui les ont frappés. Si l'enfant a de la diarrhée ou de la constipation simple, on songera à une affection du tube digestif; s'il a une toux quinteuse ou non, on soupçonnera la coqueluche ou une autre affection bronchopulmonaire ; s'il tousse rauque et a la voix voilée, on se méfiera du croup ; s'il a des vomissements et de la constipation, s'il est assoupi et se plaint, si des convulsions ont apparu, la possibilité de méningite devra être envisagée ; si malgré des convulsions survenues brusquement, l'intelligence est demeurée intacte et la fièvre élevée quelques heures, tandis que les membres ont été paralysés, on pensera à une paralysie infantile..., et ainsi de suite.

Marfan fait justement remarquer qu'il est quelquefois difficile de déterminer exactement, dans le jeune âge, la date exacte du début d'une maladie aiguë. « Or, dit-il, cette détermination a, dans certains cas, une réelle importance : c'est quand il s'agit de savoir à quelle phase de son évolution est arrivée la maladie. Voici un moyen qui pourra parfois être utile : on s'informe de l'époque où le jeune enfant qui, bien portant, doit dormir les trois quarts de la journée, a commencé à présenter de l'insomnie. Ce moment marque souvent le début de la maladie. »

On demandera enfin si les frères ou les sœurs du jeune malade, ou les autres petits camarades avec lesquels il a pu jouer ne sont pas atteints de maladies contagieuses : rougeole, oreillons, coqueluche, etc. Ainsi, on pourra dépister précocement le mal et même parfois en prévoir la venue.

Etat actuel. — Le vieux praticien anglais Gautier-Harris, dont je parlais tout à l'heure, écrit encore ceci, dont beaucoup de pédiatres actuels pourraient faire leur profit : « L'incertitude du diagnostic dans les maladies des enfants dont se plaignent les médecins est moins due, semble-t-il, à l'absence de symptômes qu'à la méthode absurde et à contre-temps qu'ils suivent pour le traitement : n'empêche que c'est à la faveur de ce prétexte, et sous ce voile, qu'ils s'efforcent bien souvent de cacher leur ignorance et leurs erreurs. »

Il est évidemment beaucoup plus simple de prescrire un traitement au petit bonheur que d'examiner dans le détail tous les symptômes que présente un enfant malade. Cette recherche est rendue d'autant plus malaisée que l'enfant jeune ne peut renseigner sur le lieu et la forme de ses souffrances : ainsi toute la documentation fournie chez l'adulte par les troubles subjectifs manque ici. La valeur des signes objectifs eux-mêmes est souvent difficile à apprécier : outre que certains font également défaut, comme l'expectoration, il en est beaucoup d'autres qui demandent, pour être perçus, des conditions favorables : on ne pourra pas, par exemple, ausculter un enfant avec fruit, s'il crie, ou surtout s'il sanglote ; il en sera de même, dans ces conditions, de l'examen du cœur et du pouls, de la recherche de certains troubles moteurs, les réflexes en particulier. Enfin il est divers signes, anormaux chez l'adulte, qui sont normaux chez l'enfant : citons la respiration dite *puérile*, l'hypertrophie du thymus ou du foie, etc. ; notons aussi que des phénomènes. d'importance relative chez l'adulte, en prennent une, capitale, chez l'enfant : déformation du squelette, état du crâne et des fontanelles ; au contraire, tandis que les convulsions peuvent, en certains cas, être chez l'enfant d'un pronostic bénin, on doit les considérer comme graves, presque toujours, chez l'adulte.

Pour procéder, dans les meilleures conditions possibles, à l'examen objectif lui-même, il faut éviter, quand on veut examiner l'enfant, de le réveiller en sursaut, s'il dort ; d'autant que certaines données, comme le pouls et le nombre des respirations, sont mieux recueillies durant le sommeil ; de même les modifications de la physionomie et de l'attitude sont parfois mieux appréciées à ce moment. On n'oubliera pas de prendre la température (rectale, de préférence) ; on devra toujours examiner l'enfant complètement *à nu*, de façon à éviter toute cause d'erreur, et on passera successivement en revue l'état de la peau et du squelette, les orifices et les organes génitaux externes, les appareils respiratoire et circulatoire, le tube digestif (moins la bouche et la gorge) et l'abdomen, le système nerveux et les organes génito-urinaires. On gardera, *pour la fin*, l'examen de la bouche et de la gorge, qui, s'il était pratiqué tout d'abord, aurait pour effet, en faisant crier l'enfant et en le mettant en colère, d'empêcher l'exploration ou de l'allonger inutilement. Il faut aussi savoir que l'enfant ne se plaint généralement pas de la bouche

ni n'attire presque jamais l'attention du côté de sa gorge, si bien qu'on doit toujours pratiquer cet examen, par mesure de précaution, même quand il ne paraît pas indispensable : il arrive journellement aux pédiatres de découvrir des diphtéries qui avaient, pendant plusieurs jours, passé complètement inaperçues.

On terminera, s'il y a lieu, par des examens spéciaux et de laboratoire (ponction lombaire, ophtalmoscopie, otoscopie, radioscopie, examen des crachats, cuti ou séro-réaction, etc.).

Enfin, le médecin doit surveiller attentivement l'évolution de la maladie et ne pas hésiter à recommencer, à chaque nouvelle consultation, un examen complet de l'enfant. Car, ainsi que le remarque Valleix, cité par Marfan : « On peut souvent, chez les adultes, après une exploration bien faite, s'en rapporter aux malades sur bien des points ; mais, si l'affection est grave au point d'ôter au malade le libre exercice de ses facultés intellectuelles, il faut recommencer tous les jours sur de nouveaux frais. Les nouveau-nés sont toujours dans ce cas ».

Le plan que nous venons de tracer correspond à un examen complet et minutieux : il est évident qu'en pratique il sera exceptionnel qu'on le suive à la lettre. L'art du médecin est précisément de voir, dès les premières questions posées et les premiers renseignements recueillis, dans quel sens il devra diriger son interrogatoire et son exploration. Si un enfant mouche légèrement et éternue, sans fièvre ni signes généraux, il serait d'un zèle intempestif de se mettre à examiner dans le détail son système nerveux ; de même, s'il a un peu de constipation ou de diarrhée passagères, il serait malséant d'interroger les parents ou la nourrice sur le point de savoir s'ils ont eu la syphilis ou s'adonnent à l'alcoolisme, et ainsi de suite.

On doit, en pratique, commencer par se renseigner sur la maladie actuelle, s'en faire rapporter l'histoire, examiner le sujet, d'après ces premières indications, en débutant par l'appareil et les organes qui sont le plus en jeu ; puis, à mesure qu'on poursuit son exploration, quelques questions rapides sur les antécédents personnels du malade et son état à la naissance apporteront souvent une précision suffisante, sans qu'il soit besoin d'interroger sur les antécédents héréditaires. Comme le fait justement remarquer Marfan, en effet, cette enquête réclame beaucoup de tact, est susceptible de blesser les parents : par suite, il est absolument inutile, sans raison sérieuse, de poser des questions embarrasantes et qui sont, le plus fréquemment, considérées comme indiscrètes.

Le tact est donc une qualité essentielle qui a, de plus, le grand avantage, en disposant l'entourage en faveur du médecin, de permettre à son savoir de se montrer dans toute son ampleur. Mais cela ne suffit pas : il faut encore y joindre la patience et la fermeté. « La fermeté est nécessaire pour lutter contre l'indocilité du petit malade et contre les préjugés des parents ou de l'entourage ; elle ne doit pas toujours se montrer ; elle doit être enveloppée de douceur auprès de l'enfant et de politesse auprès des parents ; résolu à poursuivre toute son exploration et à faire exécuter ses prescriptions, le médecin saura trouver, à l'occasion, les moyens de surmonter les résistances sans qu'il y paraisse. Quant à la patience, elle doit être excessive et aller jusqu'à la résignation ; malgré les cris et l'agitation du petit malade, malgré son indocilité, malgré l'émotion des parents. il faut pratiquer l'examen sans brusquerie, bien décidé à aller jusqu'au bout de l'exploration clinique nécessaire. Il faut, malgré toutes les difficultés, garder une inaltérable bonne humeur ; c'est d'ailleurs le plus sûr moyen de gagner la confiance des petits enfants » (Marfan).

Examen de l'enfant de deux ans à la puberté.

Cet examen clinique de l'enfant malade, à partir de deux ans, devrait également se scinder, comme chez l'enfant normal, en deux parties, selon qu'on a affaire à un enfant d'âge moyen (deux à six ou sept ans) ou d'un âge plus avancé, s'étendant, avec la grande enfance, de six ou sept ans jusqu'à la puberté.

En pratique, cette division disparaît, car l'exploration d'un enfant de trois ou cinq ans se confond, pour la plus large part, avec celle que nous venons d'indiquer pour le nourrisson, tandis que cet examen, pratiqué à partir de douze à quinze ans, se différencie malaisément de celui de l'adulte.

Il n'y a donc, dans cette période intercalaire, qui va de trois, cinq ou six ans jusque vers la douzième année, que quelques particularités qui peuvent être enregistrées : elles ont trait seulement à l'interrogatoire et à l'examen subjectif, l'examen objectif ne se différenciant guère de celui que nous avons étudié chez le tout jeune enfant.

Jusqu'à deux ou trois ans, l'enfant ne s'exprimant point ou s'exprimant avec hésitation et difficulté, l'examen du médecin est, comme on dit, purement vétérinaire. Mais à partir de la troisième ou quatrième année, surtout chez les enfants un peu précoces, qui ont fréquemment des réflexions drôles, le praticien peut être tenté d'écouter les explications des petits malades : or, rien n'est plus dangereux. Suivant la façon dont les questions sont posées, l'intonation donnée à la voix, l'aspect et la physionomie de l'interrogateur, les réponses seront contradictoires ; un enfant dit « oui » ou « non » avec une égale facilité, selon le moment, selon qu'il écoute ou est distrait, selon qu'il est intimidé ou au contraire plein d'assurance, selon qu'il comprend entièrement ou à demi, selon la suggestion qu'on lui fait inconsciemment dans un sens ou dans un autre, selon mille causes, en un mot, qui, variant à chaque instant, multiplient les facilités d'erreurs. Pour cette raison, en règle génerale, l'examen de l'enfant, même quand il parle, et jusque vers six ou sept ans, doit être et demeurer vétérinaire : voilà ce qu'il ne faut pas oublier.

C'est également dans cette période de deux à cinq ou six ans que les enfants sont le plus intraitables. Les moyens qui ont été préconisés pour les apprivoiser à ce moment sont innombrables. Pour Hénoch, « on réussit passablement à calmer bien des enfants, pendant l'exploration, en excitant leur attention, en leur présentant une montre, un jouet, une bougie allumée, un stéthoscope. » Vogel veut que le médecin, en entrant dans la chambre de l'enfant, ne fasse pas d'abord attention à lui, mais s'entretienne auparavant, sans élever la voix, avec la mère ou la garde ; au bout de quelques minutes, il s'approchera du petit malade, lui parlera en souriant, « admirera » ses jouets, jouera avec lui, lui donnera quelques friandises, gagnera ainsi son amitié : alors seulement commencera l'examen sérieux. Si pour mener à bien cet examen, la volonté et l'énergie sont parfois nécessaires au médecin, jamais et sous aucun prétexte, ajoute Vogel, il ne devra employer la force, la brusquerie ou les coups qui ne feraient qu'augmenter la difficulté de l'exploration.

En réalité, on ne saurait établir de règle rigoureusement fixe. Sans doute, certains médecins, ayant ce *cœur maternel* dont parle Guersant, seront, de façon générale, acceptés avec plaisir par les jeunes enfants. Mais il arrivera aussi que le même médecin sera, par le même

✦

enfant, reçu tantôt avec joie et tantôt avec colère ; car les enfants ont leurs moments, bons et mauvais, sans qu'on puisse jamais les prévoir exactement. Si cent fois vaut mieux douceur que violence, il y a cependant des cas où la crainte est le commencement de la sagesse. Ces mille nuances s'apprennent mieux par la pratique que par les plus savants conseils : le médecin, surtout quand il est lui-même père de famille, arrive très rapidement à savoir quel est le moyen efficace pour telle circonstance donnée ; et il agit en conséquence avec toute sûreté.

A partir de la septième ou huitième année, on pourra commencer à écouter avec plus d'attention les explications des enfants ; mais combien encore il faudra se méfier ! Leur tendance à grossir et déformer les faits, leur propulsion à la fabulation et à la mythomanie sont telles, surtout chez les jeunes fillettes, qu'il faut toujours être aux aguets. Cela est tellement vrai que le témoignage en justice, quand il est fait par des enfants de cet âge, et même au-dessus, n'a le plus souvent aucune valeur : les erreurs qui ont été entretenues et créées par des témoignages de cet ordre sont tellement fréquentes, ont abouti à des résultats si extraordinaires et incohérents que la plupart des magistrats ont renoncé aujourd'hui, et à juste raison, à une documentation aussi versatile et incertaine. Les médecins, comme les magistrats, doivent faire leur profit de ces faits et tenir un compte fort restreint des indications que leur fournissent les enfants sur leurs maladies.

Il devront également penser à un autre facteur : je veux parler de la *simulation*. On a souvent comparé les milieux des collèges et des écoles aux milieux militaires : l'agglomération a pour effet de rapprocher les analogies morbides : mais ces analogies ne se rencontrent pas seulement en ce qui concerne les épidémies ; il semble que la simulation soit également exaltée : et les parents, la grand'mère, le bon papa, les oncles et les tantes, les marraines et les parrains sont si facilement trompés par ces jeunes natures en rébellion constante qu'il faut parfois toute la sagacité du médecin pour ne pas, à son tour, être induit en erreur.

Il lui en cuira même, assez fréquemment, de dévoiler la vérité : car certains parents pleins de faiblesse, se refusant à accepter pour véridiques le caprice ou la tromperie de leurs enfants, préféreront ne pas le croire et le considérer comme ignorant. D'autres fois, au contraire, il se trouvera en présence de parents trop sévères, qui n'ajouteront aucune foi aux plaintes de leurs enfants, et écouteront ses avis avec scepticisme, quand il réclamera des ménagements dans les études et un repos plus efficace.

Pour ces différentes causes, je crois que l'examen de l'enfant, après deux ans, est souvent aussi délicat qu'avant cet âge. Le médecin doit savoir faire preuve d'un tact infini, cacher sa fermeté sous une bonté paternelle et douce, éviter d'être trop familier, ne pas être cependant ni trop raide ni trop froid, convaincre et ne pas imposer ses idées sans raison ; suivant les cas, il pourra feindre d'être dupe vis-à-vis des parents, tout en laissant deviner au malade qu'il ne l'est pas, ou bien faire l'opposé.

A aucun prix, par exemple, il ne doit tromper l'enfant qu'il veut examiner, sur le but véritable de sa visite. Beaucoup de parents s'imaginent être malins avec leurs fils ou filles en leur présentant le médecin comme un ami de la famille ou un cousin à bonbons fins ou à jouets jolis ; cela tient en grande partie à ce qu'ils ont commencé, pour les faire tenir sages, à les menacer du « méchant » médecin qui viendra leur couper les oreilles ou leur ouvrir le ventre. Si le médecin, se croyant habile à son tour, marche dans la combinaison, le résultat de la visite est presque toujours infructueux ou, en tous les cas, plus difficile à obtenir. L'enfant n'est jamais dupe jusqu'au bout, en effet, et, dès qu'il découvre la vérité, il devient encore plus indomptable et insoumis, de moins en moins enclin à se laisser explorer ; par suite, l'échafaudage péniblement édifié s'effondre, et tout est à recommencer avec le médecin redevenu médecin en personne, ce qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être.

Andry, dans sa dure critique des nourrices, prétend que, à force de tromper les enfants qu'elles ont en garde, elles finissent par leur apprendre le mensonge ; le médecin d'enfants, digne de ce nom, aurait mauvaise grâce à mériter ce reproche. Si son devoir est de dorer la pilule avec art, point n'est besoin de la falsifier.

Sa confiance, il doit pouvoir l'inspirer lui-même, sans détours, ni faux fuyants. Les enfants arrivent très vite à comprendre et à sentir quand le médecin sait leur parler, qu'ils n'ont pas de meilleur ami que lui ; mais le pire des moyens de tenter leur conquête est d'essayer de leur mentir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Pour MM. les Chefs de conférences d'externat.

Je viens pour la deuxième fois d'être juge au concours de l'externat. La vérité m'oblige à dire que les candidats ne sont pas en progrès : de plus en plus la préparation de ce concours paraît n'être qu'un stérile exercice de mémoire.

En raison du grand nombre des candidats, presque 700 cette année, on ne peut vouloir modifier la forme des épreuves, mais messieurs les chefs de conférence doivent changer leurs méthodes.

Leur rôle ne consiste pas à obtenir de leurs élèves qu'ils récitent le plus grand nombre de phrases possible en un temps donné sur un sujet donné, mais à les instruire et à développer leur intelligence. A propos d'une question particulière, ils doivent donner des notions de pathologie générale. L'élève doit savoir trouver le chapitre essentiel autour de quoi la question gravite : ici c'est la pathogénie qui est intéressante, là c'est la difficulté du diagnostic ou l'indication opératoire. Il ne doit pas débiter sur le même ton et avec le même développement le détail oiseux et le symptôme essentiel. Il doit savoir de lui-même bâtir un plan sur une question sue, mais non préparée, et pour cela ses plans doivent être pensés par lui, ses questions rédigées par lui avec ses livres et ses notes de conférence. Il doit apprendre à tracer un tableau « vécu » d'après ses souvenirs d'hôpital et non pas à réciter les pages de son manuel.

La préparation ainsi comprise n'est plus une gymnastique stupide, elle développe le jugement et le sang-froid. Ne sont-ce pas les qualités premières du bon médecin ?

Au lieu de cela, que font les « instructeurs » de nos candidats ? Ils divisent la pathogénie et l'anatomie en une série de questions choisies selon la tradition et le goût du jour ; ils dictent ces questions à leurs élèves, qui les apprennent de mémoire sans tenter aucun effort pour comprendre le plan choisi, parfois même le sens des mots

employés. Sortis du champ étroit de la question, ils ne savent plus rien.

En veut-on un exemple? Presque tous connaissaient assez bien le mal de Pott; leur aurait-on demandé comme à d'autres la tuberculose du genou, ils auraient montré une ignorance absolue. Ils savaient que dans la tuberculose vertébrale on observe de la douleur osseuse, de la contracture musculaire, des abcès, des déformations, etc., rien de tout cela n'existait pour la tumeur blanche du genou, on avait appris l'hydarthrose, on nous servit l'hydarthrose.

Les questions se rapportant à la séméiologie thoracique furent parmi les moins bien traitées.

Très insuffisante fréquentation de l'hôpital, exercice de la mémoire aux dépens de l'instruction réelle et du développement du jugement, tel est apparu au jury le bilan de la préparation actuelle.

Il appartient au bon plaisir des chefs de conférence, au bon sens des étudiants, à l'énergie des nombreux médecins pères de candidats, d'améliorer un état de choses désastreux. H. BOURGEOIS.

MEDECINE PRATIQUE

Le liseré mercuriel ;

Par G. MILIAN
Médecin des hôpitaux.

Grisolle, Burton et Shebach ont, comme on sait, décrit depuis longtemps le liséré saturnin, qu'on a d'ailleurs désigné sous le nom de : liséré de Burton. « Ce liséré, dit Letulle (1), se présente comme une mince ligne, d'un quart à un millimètre de hauteur, nettement dessinée le long de la sertissure des dents, avec une coloration gris bleuâtre, ardoisée, tirant sur le noir bleu quand elle est très foncée. Cette ligne tranche d'autant mieux sur le ton mat de la gencive que celle-ci est plus anémiée.»

Un liséré mercuriel identique à cette description peut, comme je l'ai découvert, être rencontré (2). Aux deux mâchoires, dans leur étendue, aussi bien au niveau des molaires qu'au niveau des incisives, mais surtout au niveau des incisives, existe à la sertissure des dents un liséré gris violacé, de 1 à 2 millimètres de hauteur et davantage, qui suit les limites polycycliques de la muqueuse et s'insinue entre les dents elles-mêmes. Il ne semble pas qu'il existe de liséré à la face postérieure des mâchoires.

Celui-ci s'interrompt là où manquent des dents.

Ce liseré s'observe en coïncidence d'une stomatite légère caractérisée par l'agacement des dents, le décollement de la gencive périmolaire, dans les cas où les gencives se sont ni rouges, ni gonflées. Comme l'érosion « chimique » (3), c'est surtout un accident mercuriel des bouches propres, bien brossées en vue de la stomatite à éviter. On l'observe quelquefois à l'état d'ébauche, dans les stomatites de moyenne intensité, mais seulement dans les régions les moins enflammées de la muqueuse, où l'on peut voir des bribes de liséré qui s'insinuent entre les dents.

Ce liséré une fois constitué est très tenace. Il peut durer plusieurs mois, malgré les soins les plus minutieux et malgré la cessation du traitement.

(1) LETULLE.—Saturnisme. Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, fascicule XI. page 99.

(2) MILIAN.—Le liseré mercuriel. *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1907, page 1052.

(3) Voir sur les stomatites mercurielles frustes les numéros 2?, 41 et 45 du *Progrès médical* de cette année.

L'*histologie pathologique* du liséré mercuriel n'a pas encore été faite. Il est probable qu'elle est semblable à celle du liséré saturnin où l'on voit « que les fines poussières pigmentaires qui tatouent la muquense sont infiltrées dans les mailles fibreuses du derme, non loin et peut-être même dans l'épaisseur des capillaires sanguins, au niveau de l'extrémité saillante des papilles, contre la basale du corps muqueux de Malpighi » (Letulle). Il est probable que ce dépôt pigmentaire est un dépôt de particules métalliques et non un simple dépôt pigmentaire, à cause de la très grande ténacité du liséré une fois constitué et de la grande proportion de plomb trouvée dans les dents chez les saturnins.

REVUE DES JOURNAUX

Diagnostic de l'insuffisance mitrale à l'autopsie.

On prépare le cœur en sectionnant les parois de l'oreillette gauche au ras de l'orifice mitral. Puis on se sert de l'instrumentation employée dans les services hospitaliers pour les lavages de gorge : on introduit par l'aorte la canule dans le ventricule gauche et on la lie très solidement sur l'aorte ; on met enfin 1 ou 2 litres d'eau dans le bock. On tiendra le cœur couché dans la paume de la main, en s'inspirant de sa position normale.

Selon qu'on fait élever plus ou moins le bock, on voit le ventricule se distendre plus ou moins. et l'orifice auriculo-ventriculaire sous les yeux, on se rend facilement compte s'il se produit un reflux mitral. On peut, si l'on veut, comprimer le ventricule gauche, mais il faut le faire toujours dans le sens transversal, sinon on favorise la production d'un reflux mitral.

L'épreuve, ainsi conduite, ne peut avoir la prétention de reproduire les conditions du cœur lors de la systole. En effet nos recherches nous ont montré que presque tous, pour ne pas dire tous, les cœurs sains donnent dans cette épreuve un reflux mitral. Ce n'est donc pas la présence ou l'absence d'une régurgitation qui permettra d'apprécier l'intégrité de l'appareil valvulaire mitral. C'est l'importance du reflux qui nous guidera dans notre appréciation, ce n'est donc qu'une question de degré. (M. Camille LIAN, ancien interne des hôpitaux de Paris. *Gaz. des Hôpit.*, 16 novembre 1909, p. 1623.

Le torticotis signe du début de ta fièvre typhoïde.

Le torticolis du début de la fièvre typhoïde est laissé de côté dans la plupart des traités, bien que Rilliet et Barthez le signalent expressément parmi les phénomènes névralgiques : « La douleur peut occuper la partie postérieure du col, comme dans la névralgie occipitale ou le torticolis. Passagère et peu intense dans la plupart des cas, cette douleur a été quelquefois assez vive pour attirer l'attention à l'exclusion de tout autre symptôme ». Depuis, si ce symptôme est indiqué, c'est incidemment, à propos des formes méningées de la fièvre typhoïde, et non pas en tant que phénomène isolé et ayant une individualité nette.

S'agit-il, dans les faits que nous relatons, d'une réaction méningée précoce ? Il nous faudrait en tout cas la considérer comme revêtant un aspect anormal, puisqu'il existait un trouble fonctionnel unilatéral et non pas de la raideur des muscles de la nuque, habituelle dans ces circonstances, et que nous n'avons pu constater, au moment de l'entrée à l'hôpital, ni raideur des membres. ni signe de Kernig, ni aucun autre phénomène attribuable à l'irritation des méninges.

L'hypothèse d'une myosite typhique ou d'une ostéomyélite est peu vraisemblable, car ce sont en général des complications tardives ; d'ailleurs la myosite est exceptionnelle, et les os de la colonne vertébrale ne nous ont pas paru intéressés.

Faut-il, enfin, admettre l'existence d'arthrites séreuses vertébrales, par analogie avec les arthrites, cause habituelle du torticolis rhumatismal, d'après Lannelongue et Grancher ? Cette interprétation n'est pas invraisemblable, car ces arthrites peuvent être précoces et localisées. (NOBÉCOURT et PAISEAU, *Tribune médicale*, 20 nov. 1909, p. 741.)

Les signes de la sténose intestinale.

Lorsqu'il existe un rétrécissement du tube digestif, quel que soit le niveau auquel il se produise, il y a toujours, au-dessus, des phénomènes de même ordre : il y a tendance à la rétention des liquides digestifs et à l'hypersécrétion. Il y a tendance, en même temps, à la rétention d'une certaine quantité de gaz. On se trouve de la sorte en présence de cavités plus ou moins dilatées, plus ou moins remplies de liquides et de gaz.

Il se produit souvent, comme phénomène premier d'occlusion lente du gros intestin, des dilatations localisées du côté du cæcum et du côlon ascendant. Il s'agit alors d'un syndrome caractéristique bien décrit par Bouveret, de Lyon. Ce syndrome se rencontre lorsqu'il y a une sténose progressive vers l'angle droit du côlon. Au point de vue de la nature des lésions, il s'agit presque toujours d'un cancer oblitérant.

Lorsque les malades sont en état de crise, ils accusent des douleurs très vives, surtout vers la région droite du flanc. Si on les examine au moment de leurs coliques, on trouve que leur abdomen est tuméfié, surtout dans la région droite, plutôt que du côté gauche ou vers la partie moyenne, on peut même voir se dessiner le cæcum augmenté de volume et saillant ; on peut le voir quelquefois animé de contractions péristaltiques très nettement dessinées. (Mathieu, *Journal des Prat.*, 1909, p. 642.)

Gomme de la protubérance chez un myxœdémateux amaurotique ; acromégalie ; mort de pleurésie putride.

Voici, brièvement résumé, le bilan de l'histoire pathologique de cet homme, mort à l'âge de 42 ans : nombreuses maladies d'enfance ; — blennorrhagie à 17 ans, suivie d'arthrite sterno-claviculaire suppurée ; — à 27 ans, chancre syphilitique suivi bientôt d'amaurose par choroïdorétinite syphilitique ; — paralysie alterne ; hémiplégie droite avec paralysie de l'oculomoteur externe gauche, causée par une gomme de la moitié gauche de la protubérance. — Myxœdème tardif, conséquence d'une transformation scléreuse du corps thyroïde. — Acromégalie fruste avec légère hyperplasie pituitaire. — Néphrite chronique avec albuminurie légère. Genu valgum. Pachyvaginalite. Mort par pleurésie putride. A l'autopsie, on constate, en outre, la présence des tubercules aux sommets des poumons ; un foie muscade avec surcharge graisseuse ; de grosses lésions sclérogommeuses des capsules surrénales. (Bauer et Gy. *Revue neurologique*, 30 oct. 1909, p. 1257.)

Tableau synoptique des diverses modalités de l'hémoptysie au cours des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

1° *Hémoptysies de la tuberculose pulmonaire abortive.*

a) Hémoptysie d'alarme, manifestation d'une tuberculose jusque-là latente et qui redevient cliniquement latente.

b) Hémoptysie d'alarme, accompagnant une poussée pneumonique hémorragique scissurale.

c) Hémoptysies à répétition sans évolution intercurrente appréciable de lésions pulmonaires (tuberculose pulmonaire hémoptoïque à étapes éloignées de F. Bezançon et I. de Jong).

2° *Hémoptysies des phtisies fibreuses.*

a) Hémoptysies à répétition de la phtisie fibreuse dense (phtisie fibreuse arthritique des classiques).

b) Hémoptysies à répétition des phtisies fibreuses secondaires.

3° *Hémoptysies de la phtisie fibro-caséeuse commune.*

a) Hémoptysies du début ;

b) Hémoptysies de la période d'état ;

c) Hémoptysies des cavitaires, les unes banales, les autres mortelles, par ulcération artérielle et rupture d'un faux anévrysme de Rasmüssen.

4° *Hémoptysies de la phtisie fibro-caséeuse congestive.*

Hémoptysies à répétition accompagnant les poussées pneumoniques fébriles.

5° *Hémoptysies de la phtisie galopante.*

Hémoptysies abondantes et subintrantes (phtisie hémoptoïque galopante de G. Sée). (M. Piéry, ancien chef de clinique médicale à la Faculté, *Lyon médical*, 7 novembre 1909, page 780.)

La toux et le nez.

Il existe, d'après l'auteur, une toux d'origine nasale qui serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Elle est généralement désignée sous le nom de toux nerveuse, ce qui entraîne à la fois une erreur de diagnostic et une insuffisance de traitement.

La toux nasale se produit quand se réalisent simultanément deux conditions morbides : sensibilité exagérée de la muqueuse du nez, une cause d'irritation locale. Cet excitant local pourra être soit un rhume des foins, soit des polypes du nez.

La toux nasale a certains caractères capables de la faire soupçonner. Elle est sèche, convulsive, progressive, irrésistible.

Ordinairement, le tousseur sent sa toux sollicitée par un léger picotement laryngé et ne perçoit au contraire aucun chatouillement dans le nez. Aussi on doit examiner systématiquement les fosses nasales de tous les tousseurs. Tantôt on y trouve une grosse lésion, polypes par exemple, tantôt la muqueuse semble normale, mais on y rencontre en certains points des zones tussigènes, qui se révèlent par deux signes complémentaires : production de la toux par l'irritation desdites zones, suppression de la toux par leur cocaïnisation. (Lermoyez. *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 octobre 1909.) Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 novembre 1909.

Sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — M. *Delorme* pense que la théorie des *porteurs chroniques de bacilles d'Eberth* ne s'appuie que sur des faits exceptionnels et qu'il convient de restreindre l'importance des indications prophylactiques qui découlent de cette théorie. Son application à l'armée présenterait en particulier de gros inconvénients : elle ferait éliminer des hommes aptes à servir.

Les documents les plus nombreux et les plus sûrs forcent à reconnaître que la cause des épidémies les plus meurtrières et les plus soudaines réside exclusivement dans la pollution des eaux de boisson. C'est à l'infection d'origine hydrique que doivent s'adresser les mesures prophylactiques. Il convient de fournir aux villes et aux casernes de l'eau pure, de veiller au bon entretien des égouts et des fosses d'aisance.

Ces mesures s'imposent dans un grand nombre de villes. Au premier rang vient Marseille, puis Avignon, Nice, Alais, Toulouse, Montpellier, Béziers, Carcassonne, Narbonne, Perpignan, Pau, Lunéville, Brest, Lorient.

Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre. — M. *Le Dentu* rapporte l'observation d'un malade, vu en juin 1906, chez qui avait été porté le diagnostic de cancer de l'intestin. C'était un malade de 39 ans, au teint subictérique, présentant dans la région ombilicale une tumeur dure, immobile, transmettant les battements aortiques. La tumeur elle-même était indolente, mais elle s'accompagnait de lumbago et de signes d'entéro-colite. M. Le Dentu porta le diagnostic de tumeur inflammatoire, de péricolite. Le repos au lit, les applications émollientes, le régime, firent s'évanouir la pseudo-tumeur en trois mois.

Ces faux cancers inflammatoires commencent à être signalés depuis quelque temps. On les trouve plus particulièrement dans la portion ascendante du côlon et au niveau des angles.

Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Pathogénie de l'hémiplégie pneumonique. — M. *Lesieur*, dans un cas d'hémiplégie pneumonique, a fait une ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de cellules, mais le pneumocoque à l'état de pureté.

M. *Guillain* confirme cette pathogénie.

Œdème aigu pneumonococcique du larynx avec pneumonie consécutive. — MM. *Chauffard* et *Laroche* rapportent cette observation : exsudat fibrineux leucocytaire sur les cordes vocales

pneumonie consécutive, puis phlegmon et périarthrite suppurée de l'épaule droite. En un mot : infection pneumococcique en deux étages avec réactions différentes ; réaction fibro-leucocytaire dans le larynx et le poumon, suppuration dans l'épaule.

Syndrome méningé sans méningite. Paralysie spinale. — M. *Nobécourt* rapporte ces deux cas. Le liquide céphalo-rachidien ne contenait pas de microbes.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek. — MM. *J. Castaigne* et *F.-X. Gouraud* ayant entrepris de nouvelles recherches sur le sérum de Marmorek, aboutissent aux conclusions suivantes :

Le sérum de Marmorek, bien que d'action inégale et inconstante, n'en constitue pas moins une précieuse ressource dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et son emploi semble légitime dans les cas qui résistent à la cure hygiéno-diététique.

D'une façon générale, il faut administrer le sérum par la voie rectale qui n'amène jamais d'accident ; mais malgré tout on peut recourir à la voie sous-cutanée, beaucoup plus active, quand les lavements ont échoué et surtout dans les formes aiguës où il faut agir vite et fort.

On aura soin dans ces cas de commencer par des doses minimes de 1/4 ou 1, 5 de cc.

Chez les asthmatiques et bronchitiques chroniques il paraît plus prudent de s'abstenir de toute injection sous-cutanée.

Le sérum de Marmoreck semble posséder surtout une action antitoxique qui influence d'abord les symptômes fonctionnels.. Cette action aide puissamment l'organisme et d'autant plus que l'intoxication est elle même plus profonde, mais c'est lui en définitive qui doit faire les frais de la lutte anti-bacillaire proprement dite.

Sur deux cas d'œdème aigu circonscrit (maladie de Quincke). — MM. *P. Lereboullet* et *Faure-Beaulieu*, à propos de deux observations nouvelles, mettent en lumière certains traits de l'histoire clinique et étiologique de cette curieuse affection.

Chez le premier de leurs malades, un adolescent névropathe et atteint de troubles digestifs permanents, apparurent à l'occasion d'une opération sur les fosses nasales, des poussées quotidiennes d'œdème aigu circonscrit (lèvres, paupières, scrotum, doigts, etc), très variables et fugaces, alternant ou coïncidant avec des placards d'urticaire, mais prédominant nettement sur ceux-ci. En même temps, les troubles digestifs persistèrent associés à un état subfébrile permanent avec inversion thermique fréquente (fièvre d'auto-infection digestive). Une albuminurie abondante mais passagère sembla accuser le rein. Celui-ci, minutieusement exploré dans son fonctionnement, fut trouvé normal, et d'ailleurs toute trace d'albuminurie disparut. De même, la recherche d'un trouble dans le métabolisme des chlorures fut complètement négative. Après trois mois de cet état de mal œdémateux survint une amélioration caractérisée par la raréfaction des œdèmes, l'urticaire toutefois devenant plus apparente.

Chez la seconde malade, nerveuse également, les œdèmes sous-cutanés sont relégués au second plan, surajoutés à des crises d'urticaires généralisées et répétées.

Ces faits contribuent à montrer la proche parenté clinique qui relie la maladie de Quincke à l'urticaire, ainsi que les divergences profondes qui séparent les œdèmes vulgaires des œdèmes circonscrits et fugaces qui la caractérisent.

L'étiologie de ces deux cas montre bien le rôle de la prédisposition névropathique d'une part, de la toxi-infection digestive d'autre part ; elle met en valeur le rôle possible de certaines causes occasionnelles, comme le traumatisme opératoire. Leur étude clinique permet d'admettre qu'il s'agit bien de réaction angioneurotique d'origine toxique. Toutefois elle montre qu'on ne doit pas borner l'action du système nerveux et vasculaire à un simple phénomène de vaso-dilatation avec transsudation passive du sérum ; il semble plutôt que, en se basant sur les recherches de Heidenhain, on puisse admettre ici une action directe sur l'endothélium vasculaire, amenant la sécrétion active et expliquant l'absence de phénomènes congestifs (congestion, chaleur), indices d'une vasodilatation importante, celle-ci étant au contraire prédominante dans l'urticaire.

Etude sur les propriétés des leucocytes vis-à-vis des médicaments anesthésiques). — M. *Achard* a étudié *in vitro* et *in vivo* ces propriétés des leucocytes vis-à-vis de l'éther et du chloroforme, qui diminuent leur activité.

Pneumonie grave avec localisations multiples et rares. — MM. *Letulle* et *Lecomte* rapportent cette observation : pneumonie grave, phlegmon de la jambe, éruption vésiculopustuleuse sur le dos, du côté atteint de pneumonie, abcès thyroïdien.

Application à la pratique de la réaction des sérums précipitants. — M. *Weil-Hallé* propose l'emploi des différents sérums desséchés, conservés et liquéfiés au moment de l'application.

Nouveau cas de poliomyélite épidémique.—M. *A. Netter.* — Depuis vendredi dernier, nous avons reçu dans notre service deux enfants atteints de poliomyélite et un d'encéphalite. MM. Devé et Halipré nous ont communiqué l'histoire de deux enfants, dont la maladie a débuté à Rouen, en octobre dernier.

Sur ces cinq nouveaux malades, quatre ont présenté des signes d'irritation méningée. Trois fois, la paralysie occupe les membres inférieurs en s'étendant une fois aux membres supérieurs (paralysie ascendante). La paralysie était une fois localisée d'emblée à un membre supérieur. Chez un cinquième enfant, il y avait une hémiplégie de cause cérébrale.

Le liquide céphalorachidien était toujours clair, dépourvu de microbes apparents. Les éléments cellulaires étaient absents dans trois cas, rares dans le quatrième ; dans le cinquième, les lymphocytes prédominaient d'une façon notable (93 %).

Dimanche dernier, dans une discussion à la Société de médecine et neurologie du Rhin et de Wesphalie, Meinecke a fait connaître les résultats d'inoculations de Gaffky, à Berlin. Ce dernier a réussi deux fois consécutivement à transmettre maladie de lapin à lapin, en inoculant des produits qui avaient traversé des bougies filtrantes. Il s'agit donc bien, comme nous l'avions présumé, de virus filtrants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1909.

Empalement avec plaies de l'intestin. — M. *Pauchet* (d'Amiens). — J'ai eu l'occasion d'observer le curieux cas suivant : Une petite fille de 6 ans s'empale sur le montant d'une barrière, lequel, ayant déchiré la cloison recto-vaginale, pénétra dans le rectum puis dans l'abdomen. Je trouvai l'enfant dans un état de choc extrême avec ventre contracturé. Je me contentai d'ordonner des injections d'eau salée et du sérum antitétanique.

Le lendemain, 17 heures après, des signes manifestes de péritonite se montraient. Le pouls était à 140, la température à 38°. Je pratiquai une laparotomie médiane et trouvai la portion sous-ombilicale du ventre et le bassin souillés de matières et de fausses membranes. Le rectum était perforé au niveau du cul-de-sac de Douglas et le colon pelvien déchiré. Je suturai ce dernier et suturant la paroi antérieure du rectum à la vessie au-dessus de la déchirure, je cloisonnai cette région préalablement drainée par la plaie rectale et l'anus et pratiquai un anus iliaque pour dériver les matières.

Au bout de 48 heures, comme l'enfant n'avait pas émis de gaz, je fis une entérostomie droite, laquelle fut suivie d'une débâcle. L'enfant, très infectée, ayant une température de 40°, j'ordonnai des bains froids qui eurent un succès immédiat. Température à 37°. Le drain est supprimé le 10e jour.

Un mois après, fermeture de l'anus contre nature et restauration du périnée. Le soir même, l'enfant avait 41°2 avec un état général inquiétant, un pouls incomptable. Je fis donner 2 bains froids : la température tomba à 37°4, et la petite malade guérit.

Les bains froids ont donc un rôle très favorable dans les infections chirurgicales.

M. *Quénu.*—L'observation de M. Pauchet est très intéressante tant à cause de la complexité des lésions et de l'intervention qu'à cause du succès final obtenu. Mais il n'en faudrait pas conclure trop vite à l'efficacité parfaite des bains froids dans les septicémies post-opératoires. Les bains relèvent l'état général et font tomber la température. Leur influence est donc souvent excellente. Mais quand l'infection est grave, dans les streptococcémies par exemple, ils ne peuvent que retarder un peu l'issue, qui n'en est pas moins fatale, ainsi que j'ai pu le vérifier sur des femmes atteintes de septicémie puerpérale.

M. *Reynier*.— J'ai en effet essayé sans succès les bains froids en des cas analogues.

Fibrome de l'ovaire avec torsion du pédicule. — M. *Routier*. — J'ai opéré, depuis la dernière séance, un cas de fibrome de l'ovaire à pédicule tordu, chez une femme de 50 ans. Elle avait vu cesser ses règles il y a plusieurs années déjà et fut prise brusquement, il y a quelques mois, de vives douleurs abdominales avec tendance syncopale et vomissements. L'examen fit découvrir une tumeur qui semblait adhérente à l'utérus, et qui fut prise, malgré l'absence d'hémorragies, pour un fibrome utérin. Les accidents se calmèrent, mais reparurent il y a 2 mois. Cette fois on décida de pratiquer une laparotomie qui a permis de voir qu'il s'agissait d'une volumineuse tumeur pédiculée de l'ovaire dont le pédicule était tordu deux fois et demie sur son axe. La cavité péritonéale contenait du liquide sanguinolent.

La malade est en bonne voie de guérison.

Tumeurs pulsatiles des os. — M. *Auvray*. — J'ai observé un cas de tumeur osseuse pulsatile qui montre combien il peut être parfois difficile de savoir s'il s'agit d'une tumeur vasculaire vraie ou d'une tumeur maligne pulsatile et cela même les pièces en mains.

Il s'agissait d'un homme de 56 ans qui se fit une fracture de la cuisse gauche, laquelle ne se consolida pas et au niveau de laquelle se développe peu à peu une tumeur pulsatile. Quand je le vis, cette tumeur avait le volume du poing. Je fis une amputation de cuisse. Mais à la suite de cette opération le malade se cachectisa et une nouvelle tumeur semblable à la première apparut sur le fémur droit, en un point symétrique. Le malade succomba peu après. Or la première tumeur fut examinée par Cornil qui déclara qu'il s'agissait d'un angiome caverneux des os. La même pièce étudiée par M. R. Marie fut considérée par lui comme une tumeur maligne pulsatile métastatique, probablement d'origine rénale. Ce diagnostic fut confirmé par l'autopsie, à ce détail près que la tumeur primitive siégeait dans les capsules surrénales avec noyau secondaire dans l'un des reins.

Les kystes hydatiques multiples du foie. — M. *Quénu* présente un rapport sur cette question à propos de deux observations de M. Dujarier. Ces kystes multiples sont rares, car il ne faut pas les confondre avec les kystes récidivants, distinction qui, d'ailleurs, n'est pas toujours facile. Quelquefois, l'examen clinique, montrant une série de bosselures le long du rebord costal, permettra de penser à des kystes multiples. Mais souvent la laparotomie exploratrice pourra seule faire le diagnostic, auquel la radiographie ou mieux la radioscopie pourra également être utile. Parfois, comme dans le cas de M. Dujarier, on pourra sentir, en explorant la paroi d'un premier kyste, la saillie du second. Le signe d'Ewald (la perception d'un frémissement hydatique prouverait l'existence d'un ou de plusieurs autres kystes lorsque le premier découvert ne contient pas de vésicules) est infidèle. La persistance de l'éosinophilie est sans valeur. La persistance prolongée de la réaction de fixation serait en faveur d'un autre kyste. On se fiera surtout à la persistance d'un gros foie, de la douleur, parfois de la fièvre après une première opération.

La technique à suivre en présence de kystes multiples varie nécessairement suivant les cas.

Le pronostic opératoire est grave puisque la mortalité est de 33 °/o.

M. Quénu préconise plutôt l'incision suivie de formolage puis de réunion sans drainage de la poche. Les chirurgiens allemands préfèrent en général l'extirpation totale du kyste, y compris sa membrane conjonctive, inutile et dangereuse pratique.

M. Delbet. — Je crois devoir signaler à ce propos un cas que j'ai observé récemment et dans lequel, malgré que tous les signes cliniques fussent en faveur du diagnostic de kyste hydatique, la réaction de fixation fut deux fois négative. Une ponction exploratrice ramena cependant du liquide caractéristique. Le kyste fut incisé et la membrane germinative extraite. Puis, le capitonnage étant impossible, je fis le vide dans la poche à l'aide d'une pompe et je la refermai par une ligature en bourse. Il y a de cela 8 jours et ma malade va bien.

La résection sacro iliaque dans la sacro coxalgie. — M. *Robert Picqué*. — La sacro-coxalgie est justiciable de la résection au même titre que les autres tuberculoses articulaires, et cette opération est commandée par la profondeur des lésions, la fréquence relative des séquestres et la gravité du pronostic de cette affection.

Le temps fondamental de l'opération est la taille d'un volet aux dépens de l'iléon. Ce volet permet d'aborder largement l'interligne articulaire. On le taille au ciseau après section et réclinement du grand fessier. Ce volet osseux est ensuite rabattu du côté de sa charnière ligamenteuse interne. On voit alors le sacrum, que l'on explore et résèque dans toute l'étendue de ses lésions. On crée ainsi une discontinuité dans la ceinture pelvienne, mais il n'en résulte aucun trouble dans la statique.

J'ai fait 7 fois cette opération. Deux de mes malades sont complètement guéris. Trois, opérés plus récemment, sont en bonne voie de guérison. L'un, atteint de lésions trop avancées est mort. Un autre va probablement succomber à la diffusion des lésions et à l'amylose viscérale dont il est atteint. Ce qui prouve que, pour être suivie de succès, l'opération doit être précoce.

Ces malades une fois cicatrisés marchent très bien, ainsi que le prouve le malade que je vous présente. Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 12 octobre 1909.

Présidence de M. le Dr Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Rôle de la timidité dans l'étiologie de l'alcoolisme. — M. *Bérillon*. — L'examen psychologique d'un assez grand nombre de buveurs m'a appris qu'avant d'avoir contracté leur habitude, la plupart d'entre eux étaient affectés de timidité.

Chez certains, la disposition à subir l'intimidation d'autrui est si marquée qu'ils en perdent la plus grande partie de leurs moyens dès qu'ils se trouvent en présence d'autres personnes. Il n'est pas rare qu'ils en éprouvent une réelle souffrance morale. La reproduction fréquente de cette souffrance les incite à rechercher les moyens de s'y soustraire, il n'est pas rare qu'une circonstance fortuite les renseigne sur l'utilité qu'ils peuvent retirer d'une ingestion, même à dose modérée, d'une boisson alcoolique. Quand ils ont constaté que l'excitation alcoolique supprime les effets de la timidité, ils n'hésitent plus à recourir à un moyen qui leur permet de conserver toute leur assurance. C'est par ce mécanisme qu'ils se laissent entraîner à un mécanisme de plus en plus accentué. Parmi les nombreux exemples que j'ai observés, je puis signaler le cas d'un officier qui n'affrontait jamais l'inspection d'un général sans s'être excité par l'ingestion d'une dose modérée d'un vin généreux. C'est à cette pratique que remonte le début d'un alcoolisme qui n'a cessé de s'aggraver. J'ai retrouvé la même cause chez des médecins, des littérateurs, des artistes, des gens du monde. Chez tous ces sujets, la timidité pouvait être légitimement considérée comme le facteur psychologique principal dans l'étiologie de leur habitude d'alcoolisme.

M. *Paul Magnin*. — Mon expérience confirme les vues de M. Bérillon. Je soignais, par la suggestion hypnotique, un alcoolique absinthique ; les résultats obtenus étaient très encourageants, bien qu'il n'eût accepté le traitement qu'avec une arrière-pensée et simplement pour se conformer aux désirs de sa mère. Ayant appris que, pour être hypnotisé, il est nécessaire d'être à jeun d'alcool, il eut l'idée d'utiliser cette notion pour échapper à mon influence. Dès lors il eut soin, avant de venir chez moi, de prendre un petit verre, et dès lors je n'ai plus pu rien en faire.

M. *Dauriac* rapporte l'observation d'un homme de 35 ans qui était sujet à des crises d'agoraphobie ; l'ingestion d'alcool suspendait immédiatement la crise. Il avait, il est vrai, la conviction que l'alcool produirait cet effet.

M. *Bérillon*. — Sans doute, l'alcool supprime la peur et la timidité, momentanément, mais le timide qui recourt à l'alcool se retrouve plus timide lorsqu'il n'en a pas pris ; aussi l'intoxication chronique le guette. En appelant l'alcool à son aide, il le paye très cher, tel celui qui emprunte de l'argent à un taux usuraire. Dès lors, c'est une psychothérapie préventive que réclame la timidité. Ce qu'il faut au timide, c'est non un poison, non un excitant toxique, mais un excitant mental. Par la suggestion hypnotique il doit être soumis à un dressage spécial et habitué à prendre des décisions.

Un cas d'onirothérapie spontanée. — M. *Paul Farez.* — L'observation détaillée d'un cas de rêve, curateur d'une phobie, amène aux conclusions suivantes :

1° Les rêves spontanés peuvent avoir une importance très grande, soit au point de vue de la psychologie pratique, soit au point de vue de l'action, soit au point de vue de la médecine générale ou spéciale. Les uns sont hypermnésiques, d'autres impulsifs, d'autres encore, comme dans ce cas, curateurs, tandis que d'autres sont, soit prémonitoires d'une maladie prochaine, soit véritablement pathogènes.

2° Certains rêves peuvent être aisément « provoqués », à titre expérimental, ou à titre thérapeutique, soit pendant le sommeil naturel (par suggestion directe ou indirecte), soit immédiatement avant l'invasion du sommeil naturel, soit par une suggestion à échéance, faite pendant le sommeil hypnotique.

3° On a tort de négliger l'onirothérapie. Pratiquée systématiquement, elle offrirait au psychothérapeute, dans certains cas, complexes ou difficiles, des ressources variées, souvent efficaces.

4° Le sommeil normal constitue, pour la réceptivité aux suggestions directes, un état d'hypotaxie aussi favorable que le sommeil hypnotique lui-même. Or, cette hypotaxie existe tout naturellement chez chacun de nous, chaque jour, pendant un certain nombre d'heures, elle ne demande ni temps, ni peine, pour être réalisée.

5° Enfin ces considérations mettent une fois de plus en lumière cette vérité fondamentale de la psychothérapie, à savoir que, pour obtenir dans les cas tenaces des résultats durables, il faut disposer d'une hypotaxie préalable qui exalte la suggestionnabilité et à la faveur de laquelle la suggestion s'implante, puis fructifie.

M. *Magnin.* — Notre collègue Coste de Lagrave a beaucoup recommandé, à titre auto-suggestif, l'entraînement à l'état de « veille passif ». quand on va s'endormir ou que l'on vient de se réveiller. Chez Charcot et chez Dumontpallier, nous avons vu que dans le délire de rêve qui suit la grande attaque hystérique, on peut, par suggestion, faire dévier le rêve.

M. *Bérillon.* — J'ai constaté que la psychothérapie graphique, faite, le soir, avant le sommeil, amène une sédation marquée. Les maximes ou pensées en rapport avec l'état du malade, écrites à main posée, surnagent, pour ainsi dire, pendant le sommeil, et deviennent d'excellentes suggestions. Quant à la suggestion pendant le sommeil naturel, il ne faut pas du tout la permettre aux parents, car, alors, ce serait la porte ouverte aux maladresses et aux tyrannies, ainsi que je l'ai observé chez une femme divorcée, qui voulait suggérer à ses enfants la haine de leur père. Cette suggestion, tout comme la suggestion hypnotique, ne doit être pratiquée que sous la garantie d'un médecin compétent.

M. *Paul Farez.* — En effet, excellent agent thérapeutique, la suggestion somnique (ou suggestion pendant le sommeil naturel) est capable de quelques méfaits. Dans diverses publications, j'ai signalé particulièrement ce qui suit : payement d'une dette suggérée, vol suggéré, impudicité suggérée, paraplégie et antipathies suggérées, confession extorquée. Arme à deux tranchants, la suggestion somnique ne doit être qu'un agent médical employé uniquement dans un but curateur.

Un cas d'influence psychothérapique indirecte. — M. *Douglas Bryan* (de Leicester). — Une femme a été, par suggestion hypnotique, guérie de sa constipation. L'amie qui l'accompagnait à chaque séance s'est trouvée également guérie de sa constipation et va à la garde-robe, très régulièrement, chaque jour à la même heure qu'elle. Sans avoir été ni hypnotisée, ni suggestionnée directement, cette amie a subi l'ambiance ; le voisinage d'autres malades endormis a créé un état de réceptivité grâce auquel se sont implantées en elle des suggestions qui ne lui étaient pas destinées.

Influence de la suggestion hypnotique dans un cas de maladie de Basedow. — M. *Preda* (de Bukarest) rapporte un cas de maladie de Basedow dans lequel la suggestion hypnotique a amené la sédation de divers phénomènes psychiques, émotionnels et vasomoteurs, en même temps qu'une rétrocession très appréciable du goitre.

Réalisation automatique d'une suggestion posthypnotique. — M. *Crispulo Diaz* (de Porto-Rico). — A l'heure et au jour dits, une hallucination visuelle s'est manifestée chez une de mes malades, exactement dans les conditions que j'avais suggérées, deux mois et demi auparavant, pendant le sommeil hypnotique ; l'amnésie avait été complète au réveil ; il s'agit donc d'une suggestion à échéance posthypnotique.

Association de la psychothérapie et de la mécanothérapie pour les rééducations fonctionnelles (avec présentation d'appareils). — M. *Courtault.* — La mécanothérapie passive est patiente, constante, régulière, précise ; elle limite les mouvements aux organes qui en ont besoin, sans fatiguer les autres ; elle dose l'effort d'après le potentiel du membre ; elle ne fait jamais mal ; elle débarrasse le patient de toute préoccupation ; par le rythme et l'uniformité de ses mouvements, elle peut arriver à produire une sorte d'hypotaxie très favorable au traitement.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE

Séance du 15 novembre 1909. — Présidence de M. MAGNAN.

Un cas de tabès spasmodique familial. Présentation de malade. — M. *Vigouroux* présenta un malade âgé de 30 ans, chez lequel a évolué, depuis l'âge de 15 ans, une paraplégie spasmodique. Il n'a jamais eu et n'a pas encore de troubles de la sensibilité subjective ni objective, ni aucun trouble des sphincters. Dans son hérédité on trouve la consanguinité des parents (le père a épousé sa nièce) et l'existence de paraplégie chez un oncle et une tante du côté maternel.

Le diagnostic de paraplégie spasmodique familiale, type Strumpell, Déjerine et Sottas s'impose.

Sécrétion lactée permanente depuis la puberté, chez une jeune maniaque. Présentation de malade. — M. *Leroy* présente une jeune fille de 23 ans, entrée dans nos asiles pour un accès de manie, qui offre la singulière particularité d'avoir du lait dans les seins depuis l'âge de 10 ans, époque de la puberté. Elle est algérienne, israélite, issue d'une famille tarée au point de vue cérébral : son père a eu des troubles intellectuels passagers et sa mère est une grande hystérique.

Cette jeune fille n'a que de légers stigmates de dégénérescence (front bas, ongles rongés) ; sa santé physique est parfaite. Les seins sont bien conformés, sauf l'absence de mamelon, ce qui élimine l'hypothèse de succion habituelle. La quantité de lait, toujours très appréciable, varie peu ; elle est plus abondante au moment des règles. Ce lait est blanc, crémeux, coagulable, absolument comparable au lait normal. On peut en recueillir une cuillerée à café à chaque sein.

La malade est bien réglée ; elle n'a jamais eu d'enfants, et n'offre rien de particulier au point de vue génital.

Paralysie générale juvénile. Présentation de malade. — M. *Pactet* présente un jeune malade de 19 ans chez qui l'on constate le syndrome paralytique avec des phénomènes de paraplégie spasmodique. Ces accidents ont débuté à l'âge de 14 ans.

A la séance de mai dernier, les opinions avaient été assez partagées sur le point de savoir s'il s'agissait dans ce cas de démence précoce ou de paralysie générale.

Bien que la ponction lombaire eût donné un résultat [né]gatif au point de vue de l'existence de la lymphocytose, certaines particularités de l'état mental semblaient à M. Pactet devoir faire incliner le diagnostic vers la paralysie générale, et l'évolution clinique ne fait que le confirmer dans cette opinion : la spontanéité intellectuelle et l'affectivité, notamment, restent conservées dans une mesure qui exclut la démence précoce.

Descendance des paralytiques généraux. Présentation de deux malades. — M. *Trénel* présente une mère paralytique et sa fille. La mère, âgée de 41 ans, est paralytique depuis deux ans. Forme démentielle.

La fille, âgée de 22 ans, a l'idée obsédante du suicide depuis sa puberté (réglée à 13 ans). Aurait eu trois attaques convulsives de nature indéterminée il y a quelques mois. Vers cette époque, elle se montre singulière dans son allure et fait deux tentatives de suicide graves. Depuis son entrée à l'asile, août 1909, elle présente un état anxieux avec idées de suicide, hallucinations de l'ouïe ; idées mystiques ; attitude hostile envers son entourage. Son attitude et ses propos ont une teinte comitiale sans qu'on ait constaté ni vertiges, ni attaques.

Le cas est difficilement classable et n'est donné que comme

document clinique à la question de la descendance des paralytiques encore si controversée. Parmi les collatéraux il y aurait des épileptiques.

M. ***Pactet.*** — Quelle que soit l'importance du rôle que l'on attribue à la syphilis dans le développement de la paralysie générale, il semble bien difficile d'admettre, comme quelques-uns le font aujourd'hui, que les enfants nés avant la contamination syphilitique des parents, soient à l'abri de toutes tares nerveuses ou mentales.

Cette conception, d'ailleurs, n'est pas en accord avec les lois de la pathologie générale. En effet, si la syphilis exerce chez certains malades une action élective sur le système nerveux, il est de toute évidence que cette détermination spéciale est causée par une vulnérabilité particulière de ce système, et dès lors il est prudent de pas proclamer, sans réserves, l immunité nerveuse des descendants.

Six cas d'encéphalite traumatique. Présentation de pièces. — MM. ***Marie*** (de Villejuif) et ***Davidenkow*** (de Karkow) présentent 6 pièces provenant de sujets atteints d'encéphalite traumatique.

Cinq cerveaux sur six offrent des foyers d'encéphalite superficielle dans l'hémisphère droit et au voisinage de la région temporale.

Trois ou quatre de ces malades morts paralytiques généraux étaient en outre des syphilitiques avérés ; un douteux présentait la réaction de Wassermann.

De deux autres malades sans réaction de ce genre, l'un a été trouvé à l'autopsie porteur de lésions séniles (foyer lenticulaire symétrique à une encéphalite cancéreuse par balle de revolver à droite) ; l'autre, considéré de son vivant comme un cas de démence précoce traumatique, n'a pas de lésions histologiques des méninges ni des vaisseaux, mais présente les lésions neuro-épithéliales qui sont regardées par Klippel comme pathognomoniques de la démence précoce ; les auteurs supposent en ce dernier cas une infection de la plaie de tête ayant causé l'encéphalite d'abord, la démence ensuite.

Dans tous ces cas on ne saurait sérieusement nier l'influence du traumatisme initial comme cause d'appel particulière à la paralysie générale, comme à la démence sénile ou précoce.

Les examens histologiques complets ont été faits alternativement à Villejuif et au laboratoire de M. le professeur Raymond, pour chaque cas par les méthodes de Nissl, par l'hématéïne-éosine, le Van Gieson et la méthode de Lhermitte (névroglie).

XXII[e] CONGRÈS DE CHIRURGIE

(*Paris,* 4-9 *octobre* 1909) (*Suite*) (1).

Etude clinique d'une série de 120 cas de cancer du col utérin. — *M. Jayle* (Paris), de l'étude de 120 cas de cancer du col vus dans le service du Prof. Pozzi, tire les conclusions suivantes :

L'évolution du cancer peut, au point de vue chirurgical, se divise en 4 périodes ou degrés.

a) Le cancer est très limité, forme un nodule ou une ulcération de 1 à 2 centimètres : l'ablation en est facile.

b) Le cancer a envahi le col, mais y est encore localisé : son ablation est encore facile.

c) Le cancer commence à envahir les ligaments larges ou le vagin : il est enlevable macroscopiquement sans toucher aux organes voisins.

d) Le cancer a envahi les ligaments ou le vagin et intéresse les autres organes pelviens. Ici l'opération, bien que parfois possible encore, ne donne aucun résultat durable et tue le plus souvent des malades.

Le cancer se rencontre surtout de 40 à 50 ans. La ménopause a un rôle certain, car le quart des malades est atteint dans l'année qui suit la cessation des règles. La virginité semble préserver du cancer et les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants y paraissent prédisposées.

Les menstrues très abondantes semblent avoir une influence prédisposante.

L'hérédité cancéreuse est fréquente et d'autre part on trouve dans près de la moitié des cas des antécédents inflammatoires de l'utérus ou des annexes.

Le début est insidieux et cette période latente ne dépasse en général pas quelques mois. L'affection se révèle le plus souvent par une perte rouge plus ou moins abondante, parfois accompagnée de douleurs.

Le degré de dévelopement du cancer est ordinairement en rapport avec la date d'apparition de ce signal-symptôme et son degré d'évolution est proportionnel au temps écoulé depuis son apparition. Mais ce n'est pas constant et certains cas sont déjà inopérables dès leur première manifestation clinique.

En général, après 6 mois le cancer est déjà inopérable.

Etant données l'évolution rapide du cancer et l'importance d'une exérèse très précoce, il est essentiel que toute femme qui présente le moindre trouble gynécologique soit examinée à fond. Il serait même bon de conseiller une consultation préventive semestrielle à toute femme ayant une hérédité cancéreuse ou un passé gynécologique.

Et M. J. insiste en terminant sur le danger de cette croyance erronée en des hémorragies utérines physiologiques de la ménopause.

De l'occlusion temporaire de la cavité interne par pincement instrumental du col : son application aux métrorragies. — *M. Pollosson* (Lyon) a employé avec le plus grand succès, dans des métrorragies de diverses origines, l'occlusion temporaire plus ou moins prolongée de la cavité utérine à l'aide d'une pince placée sur le museau de tanche. On peut employer dans ce but soit une pince de Museux soit une pince spéciale qu'il a fait construire, et qui permet, après avoir serré les mors de la pince, de laisser ceux-ci en place tout en enlevant les branches de l'instrument qui sont démontables.

Hématomètre des femmes âgées. — *M. Dujon* (Moulins) relate un cas curieux de rétention sanguine intra-utérine en dehors de toute malformation et de toute atrésie cervicale. Il s'agissait d'une femme de 70 ans ayant de l'atrésie sénile et de la métrite hémorragique des femmes âgées.

Les symptômes étaient ceux d'un fibrome inclus et ce n'est qu'au cours d'une laparotomie que le diagnostic exact fut fait. Un drainage utérin de 15 jours guérit la malade.

2[e] *Question mise à l'ordre du jour.*

Des soins anté et post-opératoires en chirurgie abdominale.

M. Girard (Genève), *rapporteur.* — Son raport se divise en deux parties : 1° Soins anté-opératoires ; 2° Soins post-opératoires.

1° Soins anté-opératoires. — Ces soins s'adressent d'une part aux complications ou incidents dont on peut redouter l'apparition pendant ou après l'opération chez n'importe quel malade, et d'autre part aux indications particulières qui résultent de la présence de lésions déjà existantes et dépendant ou non de l'affection qui commande l'intervention.

Les premiers sont donc d'ordre plutôt prophylactique. Parmi eux il faut citer : 1° le *repos* physique et moral qu'il faudra, sauf en cas d'urgence, exiger du malade pendant quelques jours. Le repos est indispensable pour habituer le malade au milieu, au lit, au personnel. D'autre part, il faut éviter les délais trop prolongés qui énervent et fatiguent les malades ; 2° le *régime* : jusqu'à l'avant-veille de l'opération y comprise, on doit nourrir les malades avec des mets variés de digestion facile. On conseille volontiers de ne rien prendre le jour même de l'intervention. Une tasse de thé sucré et un peu alcoolisé ne pourrait être qu'utile. Chez les obèses un régime spécial peut être indiqué pendant quelques semaines :

3° L'*évacuation de l'intestin* est très utile en cas de laparotomie. On administrera donc un purgatif, de préférence l'avant-veille de l'opération.

La toilette des diverses muqueuses est indiquée, surtout celle de la bouche, comme mesure contre la pneumonie et la parotidite. On donnera aux malades le grand bain classique.

Contre la thrombose et l'embolie, il serait bon de déterminer la coagulabilité et la nécessité du sang, et si ces deux éléments sont trouvés exagérés, on évitera le jeûne et les aliments ou médicaments capables de les augmenter encore, on stimulera la cir-

---

(1) Voir les numéros des 16,23,30 octobre et 6, 13 et 20 novembre.

culation pour prévenir les stases, avec le sérum artificiel en particulier.

Un examen soigneux des appareils circulatoire et urinaire est, bien entendu, indispensable.

D'ailleurs, toutes les complications préexistantes peuvent nécessiter un traitement spécial préalable, le diabète par exemple, qui, sans être une contre-indication absolue, doit faire rejeter cependant toute opération non indispensable.

II. **Soins post-opératoires.** — Aussitôt l'opération et le pansement achevés, le malade doit être reporté dans son lit. L'attitude horizontale n'est pas toujours utile et ne doit pas être maintenue plus de 24 heures. La position demi-assise de Fowler est préférable. Les jambes seront demi-fléchies sur des coussins. D'ailleurs, quelle que soit l'attitude donnée au malade, il n'est pas nécessaire de lui infliger une immobilité prolongée.

Les vomissements post-opératoires seront combattus par la diète, par la potion de Rivière, du café noir glacé ; le hoquet, par l'eau chloroformée, de la glace sur l'épigastre.

Les douleurs post-opératoires seront calmées par la morphine.

Le régime post-opératoire ne doit pas être une diète trop sévère.

Dès que les vomissements ont cessé on commencera à nourrir le malade. Les injections de sérum sont précieuses pour diminuer la soif, faire remonter la pression du sang et augmenter les diurèses.

On veillera avec soin à ce que l'évacuation des gaz intestinaux se fasse le plus rapidement possible et ensuite à ce que l'on obtienne une selle.

Le rapporteur étudie ensuite les diverses complications qui peuvent éventuellement survenir et le traitement qu'il convient de leur opposer : *spasmes de l'intestin ; hémorragies gastriques et intestinales* ; la *dilatation aiguë de l'estomac* souvent due à une compression du duodénum entre la mésentérique supérieure et l'aorte ; les *péritonites septiques* ; les *pneumonies post-opératoires.*

A propos des fonctions urinaires, il faut veiller à la rétention d'urine, qui n'est pas rare et qui peut obliger à des sondages répétés.

Certaines interventions nécessitent des soins spéciaux :

Après une *gastrectomie*, il n'y a pas en général de raison pour maintenir longtemps le malade à la diète. Dès que les vomissements d'origine anesthésique ont cessé, on peut lui donner quelques aliments liquides. Ne pas donner de lait pur parce qu'il conserve ainsi trop de consistance dans l'estomac.

Après la *gastro-entérostomie*, les soins sont analogues. Le *circulus vitiosus* a presque disparu grâce aux progrès de la technique ; s'il se produit, on lavera l'estomac, on changera la position du malade.

Les opérations sur l'intestin ne demandent aucun soin spécial, sauf celles qui portent sur le gros intestin, où les sutures ne sont pas toujours solides. Il faudra donc éviter les lavements si possible.

Après les *cures de hernies*, si la hernie était petite, le malade peut se lever sans risque après le 8e jour. Dans les cas plus sérieux, le séjour de 15 jurs ou 3 semaines au lit doit être conseillé.

Les opérations sur les voies biliaires sont souvent suivies de drainage.

Le drain doit être enlevé au bout de 10 à 20 jours lorsque la bile est devenue limpide et de couleur normale et que les garde-robes ont pris une coloration normale.

Il faut veiller à permettre le *sommeil* aux opérés, à l'aide de morphine ou de calmants, car le sommeil est un des meilleurs moyens de lui restiteur ses forces.

Les *psychoses post-opératoires* peuvent être d'origine toxique (iodoforme). Quant aux vraies psychoses, elles ne sont pas, comme on l'a dit, plus fréquentes après les opérations gynécologiques. Elles surviennent chez des prédisposés.

La parotidite n'est pas très rare après les opérations abdominales. On la préviendra par une toilette buccale minutieuse.

Pour le *lever*, les opérés qui n'ont subi qu'une courte et peu importante opération peuvent sans grand inconvénient se lever au bout de 4 à 5 jours. Mais après les opérations longues et à grand délabrement il n'en est pas de même

Le séjour trop prolongé au lit peut avoir des inconvénients, mais le lever précoce ne doit pas être un but, comme certains tendent à le croire, mais seulement un moyen de hâter le rétablissement de l'opéré. Or la mobilisation précoce du malade dans son lit semble donner les mêmes résultats sans lui faire courir les mêmes risques. La question est encore trop récente pour pouvoir être définitivement tranchée.

MM. Tuffier et *de Rouville, co-rapporteurs,* ont, comme M. Girard, traité la question dans son ensemble ; il en est fatalement résulté entre les deux rapports un grand nombre de points communs. Nous nous contenterons donc de signaler ici les parties sur lesquelles ils ont spécialement insisté :

En cas de choc, lorsque l'urgence s'impose, ils préconisent la transfusion directe d'un sang non hémolytique, surtout s'il y a eu une hémorragie abondante. En pareil cas, il vaut mieux recourir à l'anesthésie rachidienne.

Pour les diabétiques, la quantité de sucre a moins d'importance pronostique que sa façon d'être. Il faut refuser toute intervention chez un diabétique amaigri, à tissus flasques, à sueurs abondantes. Si l'état général est bon on peut tenter les interventions nécessaires.

Ils étudient l'hémophilie et reconnaissent que nous ne possédons pas actuellement de moyens de remédier *in vivo* aux troubles de la coagulation.

La cause la plus importante de mort des opérés est, de toute évidence, la *septicémie.* Ne pourrait-on rendre le sujet réfractaire à cette septicémie, l'immuniser contre elle ou tout au moins le rendre assez résistant à l'infection pour n'avoir point à la redouter.

L'immunisation a été tentée contre le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille. Mais il n'y a pas encore un seul fait qui démontre que l'on puisse par une injection préventive arriver à immuniser un opéré ; il n'y a pas de sérum capable d'empêcher le développement d'une infection chez l'homme.

On a également tenté de mettre les opérés en état de plus grande résistance. On sait que lorsqu'une infection éclate il se développe chez le malade une hyperleucocytose par laquelle il lutte contre cette infection. En provoquant avant l'opération cette hyperleucocytose en empêcherait peut-être le développement de l'infection.

Telle est la donnée qui sert de base à la *leucoprophylaxie,* qui peut être soit *générale,* lorsqu'on la provoque par des injections sous-cutanées ou intraveineuses de médicaments hémogènes, soit *locale,* si on injecte avant l'opération où si on laisse après dans le péritoine un composé chimique ou physiologique capable de stimuler cette défense.

Les conclusions des expériences diverses faites sur cette question sont les suivantes : la leucoprophylaxie locale avant l'opération est d'une application particulièrement difficile : la ponction est dangereuse et une double opération à quelques heures d'intervalle est une bien grosse complication, d'autant plus qu'elle ne pourrait s'adresser qu'à des opérations particulièrement graves.

La leucoprophylaxie générale préventive n'a pas encore droit de cité. Son plus grand avantage est d'être inoffensive, mais tout ce que nous en avons vu prouve que, dans les états graves, elle manque son but et que, dans les infections bénignes, nous ne savons pas si l'hyperleucocytose ainsi provoquée a la même valeur que celle qui est déterminée par l'agent infectieux lui-même.

La leucoprophylaxie provoquée par la mise dans le champ opératoire, après l'opération, de nucléinate de soude, de sérum ou de collargol comme antiseptique, n'a pas fait ses preuves.

Opérer vite, bien et aseptiquement, lutter par tous les moyens dont nous disposons pour faire une asepsie pré-opératoire et opératoire sont encore les plus sûrs garants de la vie de nos opérés.

Les rapporteurs étudient ensuite les soins post-opératoires envisagés en cas de suites normales et de suites compliquées, passant successivement en revue les complications immédiates ou tardives, locales ou générales.

Le dernier chapitre est consacré aux accidents graves tardifs du chloroforme. Les *symptômes* de cette forme grave de l'intoxication par le chloroforme n'apparaissent que de 10 à 15 ou même 24 heures après l'opération : phénomènes nerveux (délire, tremblements, troubles vaso-moteurs), troubles circulatoires (hypotension, fréquence et irrégularité, du pouls), respiratoires (polypnée irrégulière, Cheyne-Stokes) ; vomissements violents

pouvant prendre l'aspect du vomito-negro ; l'ictère léger est fréquent.

Les urines sont peu abondantes ; urobilinurie, acétonurie, hyperazoturie, albuminurie fréquente.

Le malade le plus souvent s'achemine vers le coma,et la mort survient du 3e au 7e jours si les phénomènes ne s'amendent pas au bout d'un à deux jours.

A l'autopsie, le foie est constamment altéré. Cette forme grave d'intoxication chloroformique est, avant tout, un syndrome hépatique.

Or, il est à remarquer que la résistance du foie à l'intoxication est en relation avec sa teneur en glycogène. On sait, d'autre part que l'inanition fait baisser cette teneur. Et en effet, les troubles hépatiques post-chloroformiques se produisent plus fatalement chez les malades dont le foie est affaibli par un jeûne récent. Il y aurait donc lieu de donner aux malades avant de les opérer un régime riche en hydrates de carbone et de ne pas croire indispensable un jeûne pré-anesthésique rigoureux. Plusieurs auteurs ont remarqué les bons effets d'une alimentation lactée pré-opératoire.

Comme moyen de traitement de ces accidents, on a conseillé l'administration de glucose, la médication alcaline, les inhalasions d'oxygène.

(*A suivre.*) Ch. Lepraz.

ANALYSES

Essai de traitement de la paralysie générale par l'arsénophénylglycérine ; par le professeur Alt. Plaut. (*Münch. Mediz. Woch.* 1909, nº 29.)

Après avoir examiné le sérum de 159 paralytiques générau x et avoir constaté chez tous une séro-réaction de Wassermann positive, Plaut a conclu que toute paralysie générale était précédée de syphilis. Le mercure et l'atoxyl n'ayant donné aucun résultat dans la thérapeutique de cette affection, Plaut a voulu essayer l'arsénophénylglycérine, avec laquelle Erhlich aurait stérilisé définitivement, après une seule dose, l'organisme de tout animal atteint de la maladie du sommeil. Le produit est beaucoup moins nocif que l'atoxyl, ne lèse pas et agit bien moins sur les tissus que sur les micro-organismes du sang. Sur les indications d'Erhlich, Plaut essaye ce médicament depuis 7 mois. Les sujets sont soumis la veille du traitement à une ophtalmo-réaction et à une cuti-réaction avec une solution au 1/10. S'ils n'ont pas prouvé, en réagissant, qu'ils possèdent une susceptibilité particulière vis-à-vis de l'arséno-phénylglycérine, ils en reçoivent le lendemain 1 gr. (chez les sujets résistants) ou 0,8 (chez les sujets moins résistants) en injection intra-musculaire. Les cardiaques sont exclus.

On a ainsi traité 31 paralytiques généraux, qui présentaient tous une réaction de Wassermann positive. Chez 7 malades cette réaction disparut complètement, quelquefois en 24 heures ; chez un seul d'entre eux, elle réapparut après 5 semaines.

6 épileptiques, anciens syphilitiques à réaction positive, furent traités par l'arsénophénylglycérine et chez 4 malades, la réaction disparut.

Chez des enfants idiots, atteints de syphilis héréditaire, la médication ne put faire disparaître la réaction de Wassermann.

Au cours du traitement, on n'observa pas de troubles graves en général, ni aucun accident du côté des reins. On put constater de temps en temps un léger exanthème scarlatiniforme, une légère élévation de température, une accélération du pouls, quelques palpitations, des nausées, des vomissements ; ni sucre ni albumine. La plupart des malades voient leur poids augmenter et leur état général se relever sous l'influence du traitement.

Il semble que l'arsénophénylglycérine se combine avec les lécithines de l'organisme : un malade qui en éliminait de fortes quantités par les selles avant la médication vit cette quantité diminuer après que celle-ci eût été instituée. Le sang d'un paralytique général qui contenait 4 % de lécithine, en présenta 18 % après le traitement. Hoppe et Fischer ont pu mettre en évidence dans le sang de 3 paralytiques généraux traités une combinaison de l'arsenic avec la lécithine du sang, prélevée 24 heures après une injection d'arsénophénylglycérine.

Ces expériences ne sont pas poursuivies depuis assez de temps pour permettre de savoir si les améliorations et rémissions de la paralysie générale et des crises d'épilepsie qui ont pu être observées resteront définitives, ce que nous apprendrons par des travaux ultérieurs. G. Lœser.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de la moelle épinière ; par J. Déjerine, prof. à la Faculté de médecine de Paris, et André Thomas, 1 vol. gr. in-8 de 839 pages avec 420 fig. Broché : 16 fr. Cartonné : 17 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

On sait le succès légitime qu'avait obtenu le premier *Traité des maladies de la moelle épinière* dans le *Nouveau Traité de médecine*. Les auteurs, MM. Déjerine et Thomas, viennent d'en publier une nouvelle édition. Comme dans la première, ce volume est illustré de nombreuses figures personnelles et inédites qui faciliteront beaucoup la lecture des difficiles questions qui y sont exposées. Les auteurs étudient d'abord l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la sémiologie et la physiologie de la moelle.

Vient ensuite l'exposé des affections secondaires : traumatisme direct, accidents médullaires immédiats sans lésions du rachis, accidents médullaires tardifs, compression de la moelle, accidents médullaires au cours du mal de Pott.

L'étude des affections primitives comprend :

1º Les affections non systématisées : ramollissement médullaire, hématomyélie, myélite aiguë, syphilis médullaire, poliomyélites antérieures aiguës, paralysie ascendante aiguë, abcès de la moelle, sclérose en plaques, syringomyélie, hydromyélie, tumeurs de la moelle, maladie de Little ;

2º Les affections systématisées ; poliomyélite antérieure chronique, sclérose latérale amyotrophique; tabès (dont l'étude seule ne comprend pas moins de 150 pages), scléroses primitives, combinées et systématisées.

Les maladies héréditaires et familiales sont ensuite passées en revue : maladies de Friedreich, hérédo-ataxie cérébelleuse, paraplégie spasmodique spinale. Puis viennent les affections congénitales de la moelle. Les deux derniers chapitres sont consacrés aux lésions de la moelle épinière dans les névrites et aux maladies des racines (radiculites) et des ganglions rachidiens (rhizopathies).

La pathologie de la moelle est une des acquisitions médicales les plus solidement établies ; quoiqu'encore en voie d'évolution, elle est arrivée à un degré d'avancement que lui envieraient beaucoup d'autres branches de la médecine. Quand on embrasse dans une vue d'ensemble la pathologie médullaire, on ne peut qu'être émerveillé du nombre d'affections spinales qui sont aujourd'hui définitivement étiquetées, surtout si on veut bien réfléchir que ce n'est guère que dans la deuxième moitié du XIXe siècle qu'ont été constituées anatomiquement et cliniquement les principales entités morbides.

Le perfectionnement des méthodes d'observation a montré tout le parti qu'on peut tirer de l'étude détaillée des troubles de la motilité, de la sensibilité, des réflexes, des troubles sphinctériens, des troubles trophiques : non seulement de leur existence, mais de leurs caractères, de leur étendue, de leurs variations, de leurs combinaisons. Qu'il suffise de rappeler les merveilleux avantages que nous retirons quotidiennement de l'état des réflexes tendineux, et de celui des réflexes cutanés dont certaines variations, telles que celles du réflexe cutané plantaire ont une valeur de premier ordre, de la topographie des atrophies musculaires, dont la distribution radiculaire n'a été démontrée que dans ces dernières années.

Malgré la délimitation précise des maladies de la moelle, il peut arriver que l'observateur se trouve en présence de complexus cliniques ou anatomiques qui ne rentrent dans aucun des cadres aujourd'hui universellement admis ; s'il ne peut leur appliquer une étiquette, il peut du moins en dépister la parenté et en présumer la localisation. Pour arriver à ce résultat, il lui suffit de faire appel à ses connaissances en physiologie normale et pathologique ; il y puisera les éléments suffisants pour affirmer la participation de tel ou tel système ; car à l'altération de chacun d'eux appartient une symptomatologie invariable : elle se dissimule parfois au cours d'un syndrome complexe, mais il est rare cependant qu'elle échappe à une observation attentive.

Par l'exposé simple, précis, méthodique, par la façon magistrale dont toutes les affections médullaires sont traitées, ce nouveau livre est assuré du succès qui lui est dû. C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rhumatisme chronique déformant. Sclérodermie. Tuberculose ;

Par M. DECLOUX
Médecin des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion de donner nos soins à une malade atteinte de rhumatisme chronique déformant, présentant en même temps des lésions de sclérodermie généralisée et des manifestations de tuberculose viscérale. Cette coïncidence de lésion sclérodermique et de rhumatisme chronique avec la tuberculose nous a fait nous demander si cette dernière infection n'avait pas joué un rôle primordial, et si, au lieu d'envisager l'atteinte tuberculeuse comme un accident terminal de la maladie, on ne devait pas lui attribuer une influence étiologique prépondérante, venant confirmer là des faits que des travaux récents ont bien mis en valeur. Nous discuterons cette question pathogénique après l'exposé symptomatologique de l'affection présentée par notre malade.

Mme M..., 59 ans, sans profession, nous consulte en juillet 1907 pour des accidents qu'elle qualifie elle-même de rhumatisme et qui sont apparus depuis une dizaine d'années.

Peu de faits à relever dans son enfance, sauf une rougeole et une coqueluche. Réglée normalement et irrégulièrement jusqu'à 47 ans, elle a eu une grossesse normale sans aucune suite de couche particulière.

Depuis plusieurs années, la malade est sujette à des bronchites fréquentes survenant chaque hiver, de durée assez longue, mais n'ayant, à son dire, aucunement altéré sa santé et n'ayant pas attiré l'attention des confrères appelés à la soigner. Nous n'avons pu avoir de renseignements plus nets sur ce passé pathologique dont nous relevons cependant toute l'importance.

Il y a une dizaine d'années environ, elle ressentit, au niveau des extrémités des bras et des jambes, des douleurs, en même temps que se manifestait une certaine raideur articulaire. Ces accidents, d'abord passagers au début, sont devenus de plus en plus fréquents et subcontinus ; ils ont déterminé au niveau des mains une impotence fonctionnelle marquée. Peu à peu les membres se sont déformés ; ils se présentent à nos yeux avec les caractères suivants : ce sont ceux typiques du rhumatisme chronique déformant.

Il existe une ankylose presque complète des deux poignets, le moindre essai de mobilisation provoque des douleurs très vives : la nuit, elles se montrent souvent spontanément, par périodes successives, si violentes qu'elles empêchent tout sommeil. On observe une hypertrophie marquée des têtes des métacarpiens avec soudure presque complète aussi des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes. Les doigts sont déviés vers le bord cubital de la main ; ils sont amincis à leur extrémité, tandis que la base est volumineuse et gonflée.

Leur extension est absolue, c'est à peine si en rapprochant les deux mains la malade peut arriver à pincer les objets ; d'une seule main, ce mouvement est impossible, seul le pouce en se rapprochant de l'index peut le reproduire, mais il est incapable de tout mouvement d'opposition. Le bras est immobilisé sur l'avant-bras presque à angle droit.

Aux pieds, le gros orteil et les autres doigts sont aussi fortement déviés en dehors ; les mouvements de l'articulation tibiotarsienne sont très réduits et très douloureux ; les genoux présentent un peu d'hydarthrose ; la flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse sont très limitées et s'accompagnent de craquements articulaires. Les hanches sont moins atteintes.

L'élévation des épaules ne dépasse pas l'horizontalité ; la flexion du cou et de la partie supérieure de la colonne cervico-dorsale est très difficile et très douloureuse ; immobile, assise sur son lit, la malade ne peut qu'avec peine fléchir ou tourner la tête ; l'articulation temporo-maxillaire, elle-même atteinte, ne permet que des mouvements fort limités d'ouverture des arcades dentaires.

Mais en dehors de ces arthrites multiples, on constate de plus un état sclérodermique très marqué de la peau et presque généralisé. La peau des bras, des jambes, est épaissie, tendue, luisante, vernissée, aucun pli n'est possible : il semble que ces régions du corps soient enveloppées dans une véritable gangue parcheminée. Au niveau des doigts, l'aspect est tout autre : ils sont amincis, fuselés à leur extrémité par suite de l'atrophie de la peau qui les enserre ; cette sclérodactylie s'accompagne d'élancements très pénibles, de sensation de doigts morts sans autres phénomènes d'asphyxie locale. Sur les genoux, répondant à la partie supérieure de la rotule, existent deux ulcérations de la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ, recouvertes d'une croûte noirâtre stratifiée, épaisse. A la face, au niveau du front, sur le cou, sur la partie antérieure du thorax, l'aspect pachydermique de la peau est aussi manifeste ; les plis du front ont disparu, la malade se plaint d'être encerclée par un véritable étau thoracique. La sensation de froid est très développée

Un troisième symptôme objectif nous est enfin fourni par la coloration brun foncé des téguments ; elle prédomine aux parties découvertes, mains et cou. Sur la figure, sur le tronc et les membres inférieurs, elle est gris sale, presque généralisée, tandis qu'aux régions précédentes elle rappelle à s'y méprendre la pigmentation de la mélanodermie addisonnienne. Si nous ajoutons que la malade se plaint en outre d'asthénie notable, de crises douloureuses épigastralgiques violentes et de douleurs en ceinture épigastriques, nous voyons que ce dernier diagnostic ne s'élimine pas d'emblée : mais il n'existe aucune tache pigmentaire buccale, la pression artérielle est forte, il n'y a pas de vomissements ; l'ensemble des symptômes précédents s'explique facilement si on les considère comme la manifestation d'une réaction d'irritation du plexus solaire.

L'examen viscéral n'offre aucune particularité à signaler concernant l'état du tube digestif, du foie, de la rate. Le cœur, par contre, est nettement hypertrophié : l'impulsion en est forte, la pointe est abaissée : le retentissement du bruit de la base, une ébauche de rythme de galop, la coïncidence de traces d'albumine dans les urines nous font admettre l'existence d'un certain degré de sclérose rénale.

L'auscultation attentive de l'appareil pulmonaire décèle des modifications respiratoires légères au niveau du sommet droit. La respiration y est rude, saccadée ; elle s'accompagne d'une expectoration séro-albumineuse plus que purulente, et l'examen bactériologique plusieurs fois répété dans la suite ne nous a pas permis de mettre en évidence l'existence des bacilles ; il existe quelques râles d'œdème congestif aux deux bases.

L'affection évolue avec une élévation thermique manifeste, la température irrégulière oscille entre 38 degrés 5, et 37°8 sans jamais redescendre complètement à la normale.

L'examen du système nerveux est négatif sur tous les points.

La marche de cette maladie fut rapide : les lésions sclérodermiques, les ankyloses articulaires, suivirent une évolution progressive ; peu à peu l'alimentation devint de plus en plus difficile par suite de l'ankylose temporo-maxillaire et du rétrécissement de l'orifice buccal.

La malade maigrissait rapidement, quand, dans les deux derniers mois de la vie, des accidents nouveaux se montrèrent. Elle présenta à droite une pleurésie qui nécessita une thoracentèse ; la quantité de liquide retirée fut de 1200 centimètres cubes ; l'examen cytologique nous montra l'existence d'une lymphocytose prédominante ; malheureusement il nous fut impossible d'inoculer un cobaye pour confirmer la nature de cette pleurésie. Peu de temps après, nous constatâmes l'existence d'un frottement péricardique qui disparut lentement, tandis que le foie s'hypertrophiait et qu'apparaissait de l'ascite.

Des crises d'asystolie avec dilatation cardiaque de plus en plus rapprochées affaiblirent rapidement notre malade, qui succomba au cours de l'une d'elles, huit mois environ après notre premier examen.

Cette observation nous a paru intéressante à publier pour plusieurs raisons : les faits de sclérodermie généralisée sont loin d'être fréquents, et si elle se rapproche

par de nombreux points communs de celle publiée par Laignel-Lavastine à la Société médicale des hôpitaux elle nous paraît surtout curieuse à discuter au point de vue pathogénique.

Le diagnostic par lui-même n'offrait aucune difficulté au moment de notre première visite ; les déformations caractéristiques des membres, l'aspect typique de la peau, l'absence de troubles trophiques mutilants, de modifications de la sensibilité, de tuméfactions isolées des nerfs, nous faisait rejeter l'hypothèse de maladie de Morvan, de syringomyélie ou même de lèpre. Un seul point d'intérêt pathogénique capital offrait seul motif à discussion : chez cette femme atteinte de rhumatisme chronique déformant, devait-on expliquer l'évolution terminale par les progrès d'une tuberculose surajoutée venue se greffer sur un terrain débilité, ou mieux ne fallait-il pas plutôt renverser les termes de cette proposition et expliquer par l'évolution d'une tuberculose inflammatoire de très longue durée l'ensemble des symptômes que nous avons relatés.

L'hypothèse même de cette tuberculose viscérale ne semble faire l'objet d'aucun doute pour nous, bien qu'en raison des conditions de milieu où nous étions appelé à suivre cette malade, les examens confirmatifs : inoculation au cobaye, intra-dermo-réaction, n'aient pu, à notre vif regret, être pratiqués. Mais les bronchites répétées des années précédentes, les signes objectifs du sommet droit, l'élévation thermique irrégulière, l'amaigrissement progressif forment un ensemble symptomatique déjà important. L'évolution ultérieure de la maladie confirme notre pensée, et l'apparition d'une pleurésie droite à lymphocytes, de péricardite, d'ascite avec hypertrophie hépatique, semble plus en rapport avec l'existence de polisérites de nature tuberculeuse qu'avec des accidents de simple dilatation cardiaque et d'hyposystolie.

Ces arthropathies chroniques déformantes, dans lesquelles nous ne relevons aucune autre cause étiologique infectieuse, toxique ou diabétique, nous semblent donc devoir être classées dans ces observations si intéressantes de Poncet, de tuberculose inflammatoire à évolution bien lente, de tuberculose atténuée, sclérosante.

Les relations de la tuberculose et de la sclérodermie d'autre part ont été bien mises en valeur par les observations successives de Besnier, de Hallopeau, de Brocq et Veillon, de Mulgelsen, de Gaucher, de Courmont, de Nicolas et Gauthier, de Milian. Ces auteurs ont insisté sur les relations des deux affections, sans vouloir affirmer pour cela la nature tuberculeuse même de la sclérodermie. Reines a essayé de faire cette démonstration par l'expérimentation sur l'animal ; bien qu'il ait réussi, après Milian, à obtenir des réactions positives après inoculation de fragments de peau, il n'a pu arriver à déceler la présence de B. de Koch dans les formations nodulaires qu'il a examinées. Ces observations et ces expériences confirment cette pensée que la sclérodermie n'est pas une entité morbide mais un syndrome ; il n'y a pas une, mais des sclérodermies, troubles trophiques cutanés ayant leur origine dans des intoxications ou des infections, la toxi-infection tuberculeuse étant au nombre de ces dernières.

La coexistence enfin de la sclérodermie et du rhumatisme chronique a déjà été signalée dans les observations de Claude, Rose et Touchard, dans celle de Vincent : nous n'avons trouvé chez notre malade aucune modification du corps thyroïde qui puisse nous permettre de rapprocher notre cas de ceux de ces auteurs où cette étiologie pouvait être proposée.

La mélanodermie observée, et qui rappelait si bien par son intensité un des caractères du syndrome addisonnien doit être vraisemblablement rapportée à une irritation chronique du plexus solaire, d'origine toxique, car nous ne pouvons savoir si quelque caséose ganglionnaire profonde ne pouvait aussi la provoquer.

Somme toute, il nous paraît que, dans cette observation, seule, l'hypothèse d'une infection tuberculeuse dominant toute l'évolution pathologique de la maladie est susceptible d'expliquer l'ensemble symptomatologique que nous avons décrit ; il s'agit là d'une tuberculose inflammatoire à localisations multiples : articulaires, dermiques et viscérales. C'est à ce titre que nous avons cru intéressant de la faire connaître.

BIBLIOGRAPHIE

Rosbach. — Addison' sche Krankheit und Sclerodermie. *Arch. f. Path. Anat.* Berlin, 1870.
Féréol. — Soc. méd. des Hôpitaux, 1879, 2. 5. XV.
Besnier. — *Ann. de Dermatologie*, 1880.
Gaucher. — *Bull. de la Société clinique*, 1884. p. 104.
Schutz. — Sclérodermie Morbus Adisonii und Muchelatrophie. *Neurol Centralb*, Leipz. 1889.
Mulgelsen: — *Semaine médicale*, 1886.
Hallopeau. — Société de Dermatologie, 1900.
Brocq et Veillon. — Société de Dermatologie, 1896.
Dercum. — Acad. méd. New-York, 1896.
Nicolas et Gauthier. — *Lyon médical*, 1907.
Claude, Rose et Touchard.—Soc. méd. des Hôpitaux. mars 1907, p. 277.
Vincent. — Soc. méd. Hôp., mars 1907. p. 282.
Milian. — Soc méd. Hôpit., mars 1907.
Courmont. — *Lyon méd.* 1908.
Laignel-Lavastine. — *Bul . Soc. Hôp.*, 1908.
Poncet. — *Bull. Soc. med. Hôpit.* 15 mars 1907.
Touchard. — Thèse Paris, 1906.
Reines. — *Wien. klin. Woch.* 12 août 1909, nº 32, p. 432.

CHIRURGIE

Adénomes du sein et d'une glande mammaire accessoire à évolution simultanée ;

Par MM. F. JACOULET et P. MOURE,
Internes à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Si les tumeurs développées aux dépens des glandes mammaires accessoires, ou mieux, des lobules mammaires aberrants, sont relativement fréquentes, il est par contre rare de voir évoluer simultanément une tumeur de la glande principale et une tumeur d'un lobule aberrant.

Dans le service de notre maître, M. le docteur Guinard, nous avons eu l'occasion d'observer une malade présentant un adénome du sein et un adénome d'un lobule axillaire de la glande, à évolution simultanée. Il nous a semblé intéressant de publier l'observation de cette malade ; le diagnostic dans un tel cas peut prêter à de longues discussions.

Ar..., 42 ans, journalière, entre le 7 juillet 1909, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le docteur Guinard.

Il y a environ dix-huit mois, la malade s'aperçut qu'elle portait au niveau du sein gauche, près du mamelon, une petite tumeur grosse comme un pois, complètement indolente.

L'augmentation de volume de cette tumeur se fit très lentement, sans phénomènes douloureux, et à aucun moment il n'y eut d'écoulement par le mamelon.

Environ six mois après le début de la tumeur mammaire, la malade s'aperçut qu'une tumeur analogue se développait dans le creux de l'aisselle ; cette tumeur axillaire s'est développée lentement, sans douleurs.

Examen local. — L'inspection du sein gauche ne révèle qu'une légère circulation veineuse sous-cutanée. A la palpation, on sent dans le sein, tout près du mamelon, une tumeur qui atteint le volume d'une grosse noix.

Cette tumeur est dure, résistante ; elle ne présente aucune adhérence, ni avec la peau, ni avec le mamelon qui n'est pas rétracté.

Aucune adhérence avec les plans profonds.

Le reste de la glande mammaire ne présente rien d'anormal.

Au niveau du creux axillaire gauche, on voit et on palpe facilement, en arrière du bord inférieur du grand pectoral, presque sur la paroi interne du creux axillaire, une tumeur du volume d'une noix.

Cette tumeur axillaire est ferme, résistante, complètement indolente. Sa surface est lobulée, donnant l'impression d'un paquet de ganglions ; on mobilise facilement cette masse sur la peau et sur les plans profonds.

Ses connexions avec la glande mammaire sont nulles : on perçoit nettement le bord de la glande séparée de la tumeur par un espace long de plusieurs centimètres ; on ne sent aucun pédicule, aucun tractus entre les deux.

L'examen des membres et des différents appareils est négatif sauf sur deux points :

L'utérus, très gros, est bourré de fibromes interstitiels et sous-péritonéaux.

Au niveau de la face dorsale de la troisième phalange du petit doigt, on voit un nodule gros comme une lentille, présentant les caractères d'une tuberculose verruqueuse de la peau.

Examen général. — La malade est grande, forte ; elle n'a jamais été malade, sauf à l'âge de dix ans où elle aurait eu un érysipèle avec otite moyenne.

L'examen au point de vue de la tuberculose est comlètement négatif.

Au point de vue génital, il n'y a rien à signaler. Les règles sont régulières.

A l'âge de 23 ans, un enfant à terme et bien portant.

Pas de fausse couche.

Diagnostic. — Adénome mammaire avec adénite tuberculeuse axillaire concomitante ; tuberculose verruqueuse de la peau du petit doigt.

Le diagnostic d'adénome du sein avec adénite tuberculeuse axillaire concomitante, porté chez notre malade, ne fut posé qu'après discussion. Si le diagnostic d'adénome était évident pour la tumeur para-mamelonnaire, il n'en était pas de même pour la tumeur du creux axillaire.

I. Le diagnostic de *tumeur d'un lobule aberrant de la glande mammaire* se présentait immédiatement à l'esprit. On sait que la glande présente un prolongement presque constant vers le creux axillaire et que les tumeurs développées aux dépens de ce prolongement ne sont pas rares. Rappelons les cas récents de Schwartz (1), de Péraire (2), de Savariaud (3), qui ont trait soit à des adénomes, soit à des épithéliomes développés aux dépens de lobules mammaires aberrants. Notons en passant qu'il faut distinguer les lobules aberrants de la glande mammaire et les glandes mammaires surnuméraires proprement dites ; si les néoplasmes développés aux dépens des premiers sont fréquents, il n'en est pas de même pour les secondes : deux cas seulement sont connus : celui de Forster qui a trait à un cancer, celui de Martin (1) qui a trait à un adéno-fibrome.

(1) SCHWARTZ. — Société anatomique, 1898, p. 762.
(2) PÉRAIRE. — Société anatomique, 1906, p. 271.
(3) SAVARIAUD. — Société anatomique, 1906.

Chez notre malade, l'indépendance complète de la tumeur axillaire avec la glande mammaire dont on percevait nettement les contours, l'absence de tout pédicule entre les deux, la situation franchement axillaire de la tumeur, située en arrière du bord inférieur du grand pectoral, firent abandonner le diagnostic de tumeur d'un lobule aberrant.

II. Etant donnée l'évolution presque parallèle des deux tumeurs, la tumeur axillaire étant apparue peu après la tumeur mammaire, il était vraisemblable qu'il y avait relation entre les deux.

Il ne s'agissait certainement pas d'*un adénome en voie de dégénérescence épithéliomateuse*. D'une part, la tumeur mammaire ne présentait aucune adhérence ni avec la peau, ni avec le mamelon, ni avec les plans profonds. D'autre part, la tumeur axillaire ne présentait pas les caractères d'une adénopathie cancéreuse. Au lieu des ganglions durs, isolés, qu'il est classique de rencontrer dans le cancer du sein, on trouvait une masse lobulée, élastique, très mobile, et nulle part ailleurs on ne trouvait d'autres ganglions.

III. L'adénite a été observée au cours de l'adénome du sein et nous avons pensé chez notre malade à *un adénome avec adénite inflammatoire*. On sait que Delbet considère certains adénomes comme de nature inflammatoire et dès lors il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une adénopathie axillaire survienne au cours de leur développement. En 1904, Jeanne (2) a apporté au Congrès de Rouen deux observations d'adénomes mammaires avec adénite. La théorie de Delbet qui s'appuie sur des arguments histologiques et bactériologiques reçoit dans ces deux cas sa sanction clinique.

IV. Récemment, Revel (3) a publié un cas d'*adénome du sein avec adénite tuberculeuse axillaire* concomitante ; à propos de son observation ; il rappelle les idées du Pr Poncet (4) sur l'origine tuberculeuse toxinaire des adénomes.

C'est en nous remémorant cette observation et les communications de Poncet et Leriche sur la tuberculose inflammatoire, c'est en tenant compte du nodule de tuberculose verruqueuse que portait la malade à la face dorsale de l'annulaire gauche, que fut porté le diagnostic d'adénome avec adénite tuberculeuse axillaire.

L'*opération* fut pratiquée par M. Guinard qui énucléa facilement les deux tumeurs. Comme le faisait prévoir la palpation, la tumeur axillaire ne présentait aucune connexion avec la glande ; sa consistance ferme et élastique, sa lobulation faisaient penser à un paquet de ganglions.

L'*examen anatomo-pathologique* des pièces enlevées a montré que le diagnostic était inexact, au moins en ce qui concerne la tumeur axillaire. La tumeur mammaire offre macroscopiquement les caractères d'un adénome. Sur les coupes, on retrouve l'aspect d'un adéno-fibrome typique avec hypertrophie des acini, allongement considérable des culs-de-sac glandulaires et épaississement du tissu conjonctif.

La plupart des acini sont extrêmement allongés, réduits à l'état de simples fentes ; deux ou trois rangées de cellules cubiques tapissent leur paroi. En certains points

(1) MARTIN. — *Arch. f. klin Chir.*, XLV, 4, 1893.
(2) JEANNE. — Congrès d'Obst., de Gynécol., de Pédiatrie. Rouen, avril 1904. *Presse médicale*, 1904, p. 246.
(3) REVEL. — *Tribune médicale*, 28 novembre 1908.
(4) PONCET et LERICHE. — *Bulletin de l'Académie de méd.*, nos 15 et 16, 1906.

on trouve de petites cavités kystiques tapissées par une rangée de cellules cubiques.

Le tissu conjonctif dissocie et étouffe les acini glandulaires; il est riche en cellules surtout au voisinage des éléments glandulaires, mais en aucun point on ne trouve d'infiltration leucocytaire.

La périphérie de l'adénome est limitée par une capsule formée de lamelles de tissu conjonctif, peu vasculaires, disposées concentriquement.

La tumeur axillaire présente une structure absolument identique ; c'est donc un adéno-fibrome d'un lobule mammaire erratique.

Quant au nodule situé à la face dorsale du petit doigt, sa structure est absolument banale.

Le diagnostic porté chez notre malade était donc erroné ; il s'agissait d'un adéno-fibrome mammaire et d'un adéno-fibrome d'un lobule aberrant.

Le développement simultané d'une tumeur mammaire et d'une tumeur d'un lobule aberrant de la glande est exceptionnel. Si les tumeurs des glandes mammaires aberrantes sont relativement fréquentes, nous n'avons pas trouvé d'observation où on signalât en même temps une tumeur mammaire.

Dans son ouvrage sur le cancer du sein, Ledentu (1) signale l'observation d'une femme de 68 ans opérée de x fois : la première fois pour un épithélioma de la région présternale développé aux dépens d'un lobule erratique de la glande ; la seconde fois pour un épithélioma de la glande mammaire elle-même. Mais dans ce cas un laps de temps trop notable s'est écoulé entre l'apparition des deux tumeurs pour qu'on puisse parler d'évolution simultanée.

Chez notre malade, le développement parallèle des deux tumeurs nous a paru intéressant, tant à cause de la rareté du fait qu'à cause des difficultés du diagnostic.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les questions d'internat.

Mon ami Bourgeois, dans le dernier numéro du *Progrès Médical*, indiquait aux chefs de conférences d'externat de quels vices rédhibitoires étaient frappées les questions orales de leurs élèves. Ses réflexions sont certainement très justifiées et je les partage : elles m'ont fait souvenir du concours de l'internat d'il y a trois ans, où j'eus l'honneur d'être membre du jury.

C'est la même préparation illogique chez les candidats internes que chez les candidats externes.

***

Le *choix des questions* qui entrent au programme des conférences est rempli de contradictions. Il y a des questions considérées comme classiques et qui sont des raretés pathologiques. Ainsi dysenterie, abcès du foie, choléra, peste, toutes affections rarissimes à Paris, sont traités avec ampleur dans tous les programmes, tandis qu'on crierait à l'anarchie si l'on songeait au chancre syphilitique, malheureusement si banal, ou à la paralysie générale, qu'on voit tous les jours.

Le modèle de la question d'internat est kyste hydatique du foie. Combien en verront-ils dans toute leur carrière médicale, les futurs détenteurs de la santé publique ?

(1) Le Dentu. — Le cancer du sein, p. 26.

Les candidats ne sont d'ailleurs pas seuls responsables de cet état de choses. Bien des juges partagent ce même amour de la tradition.

La *manière de traiter les questions* dénote également un état d'esprit très curieux. Chaque concurrent veut insérer dans sa copie quelque chose que le voisin n'a pas mis. Et je me souviens d'un candidat, l'unique, qui à propos du creux de l'aisselle, de résonnante mémoire, nous parla du muscle de la queue de l'écrevisse ! Il obtint d'ailleurs la note 7 (sur 15) en récompense de sa profonde érudition.

Il résulte de cet amour de l'extraordinaire que le candidat s'attache aux détails, aux particularités, aux anomalies, s'y complaît et les met au premier plan. Les choses importantes, ce qui fait la question, le point culminant de la région pour l'anatomie, les symptômes essentiels pour la pathologie, sont noyés dans les broussailles, au lieu d'être mis en valeur.

A ce même concours de 1906 *tous* les candidats, *tous* sans exception, ont dithyrambé sur l'armbogen et l'achselbogen, d'agaçante mémoire. La plus mauvaise copie et la plus incomplète parlait de ces superbes inventions de l'anatomie allemande écrites en petites lettres dans les traités français. Par contre, on oubliait le nerf cubital, le grand pectoral, ou bien on insérait le petit pectoral à l'acromion, et plaçait le petit par dessus le grand.

Les anatomistes que sont les candidats à l'internat se croiraient déshonorés de parler de quelque déduction pathologique : une allusion aux paralysies radiculaires leur aurait paru déplacée dans le creux de l'aisselle.

Il est regrettable que le phonographe n'ait pas enregistré les questions tragi-comiques que récitait un de nos camarades de salle de garde, aux jours de fêtes, après les banquets. Les candidats y retrouveraient leurs défauts finement ridiculisés et on leur ferait entendre « *la Crosse de l'Aorte* fenêtrée chez le veau, en rapport en dedans avec les globules rouges, globules blancs, globulins de Hayem... »

Pour la *pathologie*, mêmes procédés artificiels. Le candidat à l'internat apprend sa pathologie par cœur; il considère l'hôpital comme une superfétation. « On y perd son temps à entendre ratiociner le chef de service, à faire des appareils plâtrés ou des injections mercurielles... ! » Il prend un congé ; il tombe malade, tantôt gravement et pour longtemps, tantôt par intermittences; il perd un oncle, il a des affaires de famille.

Il y a de véritables épidémies chez les candidats à l'internat.

Il en résulte que la copie n'a aucune sincérité. Elle serait aussi bien faite par un polytechnicien ayant travaillé un manuel de pathologie interne derrière les murs de son école. Elle ne sent pas l'hôpital, elle sent le bouquin !

Et là encore, faute de savoir ce qui est important, faute d'avoir vu et palpé de malheureux patients, l'important est sur le même plan ou noyé dans le détail.

Le meilleur candidat à l'internat, celui qui se prépare la plus belle carrière, c'est celui qui, malgré le concours, continue à suivre l'hôpital le matin et à disséquer l'après-midi. Il forme son esprit et son jugement d'une manière sûre et cela transparaîtra dans son œuvre quand il la lira devant les juges et il lui en restera pour plus tard les qualités qui font le bon médecin. G. Milian.

MATIÈRE MÉDICALE

Nucléines. — Acides nucléiniques et nucléinates ;

Par M. René DURAND
Interne en pharmacie des Hôpitaux de Paris.

Les *nucléo-albumines* ou *nucléoprotéides* constituent la matière active du protoplasma et du noyau ou de la vitalité de la cellule ; c'est le produit essentiel de la substance vivante.

Sous l'influence du suc gastrique ou des acides faibles ; les nucléoalbumines se dédoublent : 1° en une substance albuminoïde ; 2° en *nucléines*. De même la digestion pepsique, mais alors l'albuminoïde est ultérieurement peptonisé. Les nucléines elles-mêmes sont dédoublées par les alcalis en albumine et en *acides nucléiniques* plus riches en phosphore. L'acide nucléinique contient 10 % de phosphore et la nucléine 4 %. Les nucléo-albumines sont donc des diprotéides résultant de l'union de deux molécules albuminoïdes et d'un groupe phosphoré nucléinique.

Les *nucléines* sont des sortes d'acides unis à l'albumine, laquelle joue le rôle de base ; elles sont déplacées comme les sels par des acides plus forts ; c'est le cas du suc gastrique qui est acide. Elles sont insolubles dans les acides, solubles dans les alcalis, non coagulables par la chaleur, insolubles dans l'eau pure et solubles dans les sels alcalins étendus le carbonate de soude.

Les *acides nucléiniques* ont été extraits du thymus, du pancréas, du foie, du cerveau, de la rate, du testicule, des germes de froment, des levures, qui tous fournissent une médication opothérapique.

On arrive directement aux acides nucléiniques par l'action des alcalis sur les nucléoprotéides des divers organes, et on les isole en passant par l'intermédiaire des sels de cuivre, de baryum ou de soude. (Neumann, *Arch. de physiol.*, 1899, suppl. 552). On peut encore précipiter les albumines par l'acide picrique.

Préparation. — Les glandes sont mises à bouillir avec du chlorure de sodium à 5 % ; au liquide refroidi on ajoute de l'acétate de soude jusqu'à teneur de 5 %, ou de la soude à 50 % jusqu'à teneur de 5 %. Après 12 heures on précipite les albumines par l'acide picrique et acétique. Le liquide est ensuite filtré et dans ce filtrat les acides nucléiniques sont précipités par du chlorure de cuivre ; le cuivre est ensuite éliminé par l'hydrogène sulfuré. Le produit brut est ensuite purifié par dissolution dans l'acide acétique glacial et précipité à nouveau par le chlorure de cuivre à 20 %.

Neumann donne la préparation suivante pour obtenir le nucléinate de soude : 1 kg. de thymus de veau chauffé pendant 2 heures dans une solution aqueuse acidulée faiblement par de l'acide acétique est ensuite remis à bouillir avec un mélange de 2 litres d'eau, 100 cm³ de soude à 33 % et 200 gr. d'acétate de soude ; on neutralise avec 150 cm³ d'acide acétique à 50 %, filtre chaud ; évapore la liqueur de moitié à 40° et précipite ensuite le nucléinate de soude par l'alcool ; il est ensuite purifié par redissolution dans l'eau en présence d'acétate de soude et reprécipité par l'alcool. Si on veut obtenir l'acide nucléinique pur par ce procédé, on déplace la soude du nucléinate par l'acide chlorhydrique.

Propriétés. — Les acides nucléiniques sont insolubles dans l'eau et solubles dans les alcalis dilués, solubles dans un excès d'acide chlorhydrique et acétique. Ils précipitent les solutions des albuminoïdes et albumoses en reconstituant des composés analogues aux nucléines. Les sucs digestifs les décomposent en donnant 3 choses : 1° bases puriques ou xanthiques tel que la xanthine, l'hypoxanthine, la guanine ; 2° un composé hydrocarboné en C^6 et 3° une substance acide, l'acide thymique, qui est décomposable lui-même en une substance encore plus acide : l'acide phosphorique et bases pyrimidiques la thymine.

Ce qui montre, en résumé, qu'en décomposant les nucléines, on trouve des corps de plus en plus acides : acide nucléinique, acide thymique et acide phosphorique. D'ailleurs on a refait cette synthèse : en unissant de l'albumine à l'acide nucléique, on a obtenu un corps analogue au nucléo-protéide.

Les bactéries de la putréfaction dédoublent également l'acide nucléinique, et décomposent même les bases puriques libérées.

Différences de propriétés. — Les différents acides nucléiniques extraits des différents organes déjà énoncés n'ont pas tous les mêmes propriétés ; ils sont généralement toxiques : ainsi, deux grammes d'acide thymo-nucléinique tuent un lapin, mais la toxicité varie beaucoup d'un acide à l'autre. Le sel de soude de l'acide nucléinique extrait du thymus, ou thymo-nucléinate de soude, existe sous deux formes : 1° La forme A, gélatineuse à froid, qu'un chauffage prolongé au B M transforme en nucléinate B, soluble à froid avec départ de 2/3 des bases puriques.

L'acide thymo-nucléinique lui-même bouilli dans l'eau 10 minutes donne de l'acide thymique soluble dans l'eau froide, ainsi que son sel de baryum.

L'acide *nucléinique de la levure de bière* donne lorsqu'on le traite par la soude un acide intermédiaire : l'*acide plasmique*, analogue à l'acide thymique, plus riche en phosphore que l'acide dont il provient, soluble dans l'eau et donnant par dédoublement des bases puriques.

Propriétés thérapeutiques et formes pharmaceutiques. — L'acide nucléinique paraît favoriser beaucoup l'hyperleucocytose. D'après Henkel, la solution à 2 % de nucléinate de soude, en injections sous-cutanées, peut agir sur une infection streptococcique, mais au début seulement.

Aussi à cause de ces propriétés on a mis en circulation différentes préparations pharmaceutiques plus ou moins secrètes : nucléinates de soude, de chaux, de fer, seuls ou associés à l'arsenic sous toutes ses formes, généralement en ampoules titrant 0 gr. 15 par centimètre cube, en injectant 0 gr. 10 par jour en 2 fois.

Ces médicaments peuvent se formuler en solution pour l'usage interne, en tablettes à 10 gr., 3 fois par jour. Pour injections intramusculaires en solution à 10 % ; 1 cm³ tous les deux jours. Dernièrement on a essayé avec succès le nucléinate de soude dans la paralysie générale, en injectant 2 fois par jour de 1 à 2 cm³ de la solution suivante :

Nucléinate de soude............	2 gr.
Chlorure de sodium.............	2 gr.
Eau distillée....................	100 gr.

(*Congrès de Budapesth.*)

L'acide nucléinique et les nucléinates, ayant des propriétés et une toxicité différentes avec leur origine, sont de bons agents thérapeutiques, mais qui doivent être employés avec précaution.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

—

De l'action de la fièvre sur le diabète.

Tandis que l'on connaît l'influence néfaste, sur la marche du diabète, de la plupart des complications qui peuvent survenir pendant son évolution , on n'est pas encore parfaitement fixé sur l'action que peut exercer sur cette affection une fièvre intercurrente. On sait qu'une telle action existe, agissant plus particulièrement sur la glycosurie, mais ses caractères n'ont pu encore être précisés. On a vu, au cours d'une fièvre typhoïde, le sucre diminuer dans l'urine, disparaître même, pendant 15 jours, ou encore être éliminé comme auparavant. On s'accordait assez généralement à penser que l'élimination du sucre était diminuée au cours de la fièvre et que celle-ci amenait une augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone, les malades pouvant absorber impunément, des aliments farineux qui provoquaient infailliblement de la glycosurie chez eux, avant comme après l'accès fébrile. Mais des observations plus récentes prouvent que le contraire s'observe aussi fréquemment,et v. Noorden pense même que la glycosurie est augmentée par la fièvre et que les cas où on a constaté la diminution du sucre sont ceux dans lesquels les sujets étaient soumis à une diète qui ne leur fournissait plus les éléments suffisants pour le fabriquer en abondance.

***

Pour apporter quelque lumière dans cette question,Brasch, privat-docent à la Faculté de Munich, a recherché l'état de la glycosurie chez une trentaine de diabétiques fébricitants qu'il a pu mettre en observation clinique (1).

Ses expériences, conduites avec une méthode scientifique qui les mettent à l'abri de toute critique, ne lui ont paru concluantes que pour 9 malades qui seuls ont pu être placés dans des conditions d'observation parfaite. Les accès fébriles dont il a étudié l'influence ont été provoqués le plus souvent par une injection de tuberculine,mais des complications du diabète ont amené la fièvre dans quelques cas. Trois catégories de malades ont été distingués par Brasch.

La première d'entre elles comprend 3 malades atteints de diabète léger ; la température monta à 39 chez le premier à la suite d'un phlegmon de la main, à 39,3 chez le second, après une injection d'un milligramme de tuberculine ; chez le troisième malade, une fièvre d'une durée de 20 jours et atteignant jusqu'à 40° fut le résultat du développement d'une tuberculose du sommet. L'ascension thermique coïncide avec une diminution du sucre chez le premier malade, une disparition complète chez les 2 autres (réduction chez l'un de 12 gr. à 0), l'alimentation bien entendu, n'ayant pas varié. Un jour ou deux après la chute de température, le sucre réapparut, en même quantité qu'auparavant,ainsi que l'azoturie, qui avait augmenté, au contraire. pendant la période fébrile.

***

Chez deux autres sujets, l'influence de la fièvre sur la glycosurie se manifesta tout différemment. Le premier, un ouvrier de 54 ans, est diabétique depuis deux ans, avec une glycosurie de 226 gr. par jour sans acétonurie. Par un régime qui comprenait 5 gr. d'hydrates de carbone, 158 gr. d'albumine, 172 gr. de graisse, le sucre fut réduit à une moyenne de 30 gr. par jour. Une injection de tuberculine provoqua après 2 jours une ascension thermique à 39, avec retour à la température normale au 4e jour. Pendant la période fébrile, l'excrétion du sucre fut à peine modifiée, diminua légèrement, mais au 4e jour, premier jour apyrétique, elle augmenta considérablement et s'éleva de 18 à 42 gr. par jour de 0,8 % à 2,1 % pour rester à un taux intermédiaire les jours suivants. En présence de cette aggravation consécutive à la fièvre, le malade fut entièrement privé d'hydrates de carbone et le sucre disparut de l'urine. Mais cette suppression eut pour effet de provoquer de l'acétonurie et on ajouta de nouveau 20 gr. d'hydrates de carbone au régime du malade, le jour même où celui-ci fut atteint d'une façon tout à fait imprévue d'une angine qui fit monter la température à 38. Malgré l'adjonction d'hydrocarbonés, le sucre (5 gr). ne put être décelé dans l'urine que le jour où la température retomba à la normale et il varia ensuite en fonction du régime. Dans ce cas, les deux périodes fébriles ont incontestablement eu pour résultat une aggravation ultérieure du diabète et l'excrétion du sucre ne fut pas augmentée pendant la fièvre même.

L'observation du second malade est à peu près identique; chez celui-ci, du même âge, l'élimination du sucre, de 225 gr., à l'entrée, est réduite de plus du 1/6 par l'institution d'un régime analogue au précédent. Une injection de tuberculine fit monter la quantité de sucre de quelques grammes avant et pendant la poussée thermique, après laquelle le sucre s'éleva à un taux beaucoup plus élevé que précédemment pour ne diminuer dans l'urine que le jour d'une ascension de température imputée à une grippe légère. Cette seconde poussée eut pour effet immédiat de provoquer le lendemain une recrudescence de la quantité de sucre, qui s'éleva à un taux qu'il n'avait encore jamais atteint, pour redescendre à la normale au bout de quelques jours.

***

La troisième catégorie de malades (4 cas) atteints de diabète grave ont réagi à la fièvre par une augmentation de la glycosurie et,dans la plupart des cas, par une aggravation définitive du diabète.

C'est ainsi qu'un jeune homme de 15 ans, qui présentait une glycosurie oscillant entre 1 % et 2 % de sucre, vit cette quantité monter jusqu'à 3,8 %, au cours d'une rougeole à fièvre prolongée, et rester ensuite à ce niveau jusqu'à ce qu'une scarlatine survenue ensuite porte cette quantité à plus de 5 %, et provoque une aggravation rapide du diabète chez le malade qui succombe au bout de quelques mois dans le coma.

Une observation des plus typiques et qui résume toutes les autres est la suivante : un tailleur entre à l'hôpital au cours d'un diabète léger, il présente quelques jours après son entrée une fièvre symptomatique d'une angine phlegmoneuse qui eut pour résultat de faire immédiatement disparaître le sucre dans les urines, Au décours de cette affection, le sucre réapparut et le diabète poursuivit son évolution.

Lorsque la fièvre survint de nouveau à la suite du développement d'une tuberculose pulmonaire, la glycosurie augmenta rapidement et ne put plus être abaissée au taux antérieur même pendant, une période de jeûne. Le malade élimine maintenant plus de sucre qu'aux jours apyrétiques où il prenait 115 d'hydrate de carbone. Les quantités d'acétone, d'acide butyrique et d'ammoniaque augmentent de même et traduisent l'aggravation de l'état général consécutif à la fièvre.

Cette dernière observation prouve donc avec la plus grande netteté combien l'influence de l'hyperthermie sur le diabète est variable et que cette action dépend unique-

(1) Brasch. — *Deutsche Archiv. für klinik. Medz.*, 2 nov. 1909, n° 97.

ment de la gravité du diabète, et non de la durée de la fièvre ou de la nature de l'infection.

***

La diminution ou la disparition du sucre a été notée par Brasch chez des sujets peu atteints, dont le trouble fonctionnel essentiel consiste en l'abaissement du pouvoir d'oxydation des hydrocarbonés. La fièvre a pour effet d'accélérer cette oxydation et de nécessiter une plus grande consommation d'hydrates de carbone par l'organisme. D'autre part, une partie du sucre passe dans le sang, et l'hyperglycémie est d'autant plus forte que la fièvre est plus élevée et le diabète plus grave. Tous ces facteurs concourent à faire diminuer la quantité de sucre qui passe dans les urines. On conçoit encore que la fièvre puisse exercer une action défavorable sur les organes dont les lésions sont la cause initiale du diabète et entraîner une diminution de la tolérance aux hydrates de carbone qui ne sera sensible qu'après la chute de température, lorsque les besoins de l'organisme en hydrates de carbone ont diminué.

Dans les formes de diabète grave, on voit la glycosurie augmenter pendant la fièvre et la tolérance diminuer d'une manière durable. Ici, il est probable, sans qu'on puisse le démontrer, que le sucre produit par la destruction des albumines, si considérable pendant la fièvre, n'est plus oxydé comme cela a constamment lieu pour les diabètes légers. Enfin, l'organisme perd pendant la fièvre le pouvoir de polymériser le sucre pour en constituer du glycogène, seule forme sous laquelle il peut être utilisé et ce fait est encore un des facteurs de l'augmentation de la glycosurie.

Un rapprochement s'impose maintenant entre l'action de la fièvre sur le diabète et l'action du travail musculaire sur cette même maladie. Ces deux actions obéissent aux mêmes lois et le sucre diminue ou disparaît au cours du travail musculaire dans les formes de diabète léger. Il n'est pas influencé ou il augmente après un travail qui peut même ne pas aboutir à la fatigue, chez les sujets atteints de diabète grave.

Une cause toute différente que la fièvre, mais qui agit comme elle en provoquant l'augmentation des combustions organiques est donc de même traduite toute différemment par l'organisme du diabétique, suivant que celui-ci est ou n'est pas profondément lésé.

G. LŒSER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 novembre 1909.

Etiologie des gastro-entérites infantiles. — M. *Metchnikoff*. — La flore intestinale joue un rôle capital dans la production des troubles gastro-intestinaux du nourrisson pendant la saison d'été.

Expérimentalement, l'auteur a reproduit chez le lapin, chez le chimpanzé, les troubles de la gastro-entérite infantile en faisant ingérer à ces animaux des selles de nourrissons malades.

Il a isolé de ces mêmes selles, dans 36 cas sur 40, le proteus et avec ce proteus il a réalisé expérimentalement un choléra sec mortel. C'est donc là un germe capable de déterminer la gastro-entérite.

Le proteus se rencontre rarement dans le lait. Il est fréquent dans les selles d'enfants bien portants durant l'été — c'est donc un microbe saisonnier. Il est d'ailleurs très répandu dans la nature ; on le trouve souvent dans certains aliments d'origine végétale. Les mains, les seins des nourrices peuvent le transmettre à l'enfant. De ces notions découlent des mesures prophylactiques faciles à prévoir.

Benjamin BORD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1909.

Les kystes hydatiques multiples du foie. — M. *Kirmisson*. — J'ai observé un cas de kystes multiples du foie. Il s'agissait d'une enfant de 7 ans qui vint à l'hôpital avec un foie énorme, bosselé et irrégulier. Etant donné le bon état général de l'enfant et aussi ce fait que l'affection était vieille de plus d'un an déjà, on fit le diagnostic de kystes hydatiques multiples du foie. La ponction de l'une des voussures donna issue au liquide caractéristique. On fit donc suivre cette ponction d'une injection de solution formolée à 1 p. 100. Un mois après, des accidents assez sérieux se montrèrent : fièvre, anorexie, amaigrissement. En même temps l'enfant se plaignait de douleurs dans la région hépatique. Une laparotomie fut décidée et j'enlevai un kyste à contenu légèrement trouble que je crus devoir marsupialiser. Je ne saurais dire d'ailleurs si c'était là le kyste qui avait été ponctionné antérieurement ou un autre. Toujours est-il que la petite fille a été deux fois encore prise d'accidents analogues. A chaque fois j'ai pu ponctionner et formoler un nouveau kyste. Actuellement, l'enfant paraît guérie.

M. *Lejars*. — J'ai observé 2 cas de kystes multiples du foie. Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 46 ans, qui avait depuis deux ans vu sa région épigastrique augmenter progressivement de volume et cela en deux points avec une sorte de cloisonnement vertical très visible. Le diagnostic était donc relativement facile. Je fis une incision distincte pour chacun des kystes que j'incisai et formolai. Je refermai sans drainage et le malade guérit sans incident et il est toujours bien portant.

L'autre malade était une jeune fille de 17 ans dont le foie très volumineux, surtout à droite, donnait lieu à une dyspnée très pénible. Je pensai à un kyste hydatique de la face convexe refoulant en haut le diaphragme.

Ce kyste étant profondément placé, je dus, pour l'atteindre, inciser une assez grande épaisseur de tissu hépatique ce qui amena une hémorragie abondante. Après l'avoir incisé et évacué, en explorant sa cavité je constatai à sa face interne, de chaque côté, une saillie du tissu hépatique ce qui me parut indiquer la présence de deux autres kystes profonds. Ici encore, je dus pour les atteindre traverser une assez grande épaisseur de tissu hépatique. Aussi je crus devoir terminer rapidement l'opération et drainer simplement ces kystes à travers le kyste superficiel. Ma malade est restée guérie 3 ans. Il y a 6 mois, une saillie se montra de nouveau sur le foie et la radiographie montra un kyste suppuré que je marsupialisai. Actuellement, la malade va très bien, mais garde encore une petite fistule.

M. *Hartmann*. — Sur 30 cas de kystes hépatiques que j'ai opérés, j'ai vu 5 fois des kystes doubles. Dans 2 cas j'ai incisé séparément chacun des kystes. Dans d'autres cas j'ai incisé et drainé le second kyste à travers le premier. Dans un autre cas enfin, je me contentai de ponctionner et de formoler le second kyste à travers le premier incisé. Dans la suite, ce kyste profond suppura, et il fallut l'ouvrir et le drainer à travers une brèche thoracique. Mes 5 malades ont guéri.

Hydrocèle en bissac. — M. *Rochard* communique, de la part de M. Féron (de Laval), un cas d'hydrocèle en bissac chez un jeune homme de 17 ans. La poche abdominale était énorme puisqu'elle contenait 6 litres de liquides. Une laparotomie préalable permit d'en reconnaître la situation et les connexions. Le ventre fut alors refermé et, par une large incision de la région herniaire la poche abdominale put être décortiquée assez difficilement d'ailleurs. L'hydrocèle scrotale fut partiellement réséquée. L'incision inguinale fut refermée sans drainage. Dans les jours suivants, un hématome abdominal apparut et il fallut le ponctionner à deux reprises. En outre, l'hydrocèle scrotale récidiva et dut être opérée de nouveau, par la résection totale de la vaginale.

M. *Routier*. — J'ai guéri autrefois une hydrocèle en bissac par le simple drainage. Plus récemment, j'en ai vu un second cas et j'ai réséqué les deux poches.

M. *Hartmann*. — Dans un cas semblable, mais chez un malade qu'avaient profondément anémié des hémorragies successives qui s'étaient faites dans la poche abdominale, je crus devoir me contenter de drainer cette poche et mon malade a très bien guéri.

M. *Le Dentu*. — J'ai opéré 2 cas d'hydrocèle en bissac par l'excision des deux poches et mes malades ont parfaitement et très vite guéri.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 novembre 1909.

Diagnostic et traitement de l'uréthrite postérieure. — M. *Georges Luys* insiste sur la nécessité du diagnostic précoce de l'envahissement de l'urètre postérieur au cours de la blennorrhagie aiguë ou chronique. Dans la blennorrhagie, le trouble des urines, la fréquence des mictions et la douleur annoncent la propagation de l'inflammation blennorrhagique à l'urètre postérieur, mais les symptômes de l'urétrite chronique postérieure sont beaucoup moins connus.

L'urétrite postérieure chronique se reconnaîtra par les filaments dans les urines, par les douleurs de caractère spécial, par des troubles neurasthéniques, par des troubles de l'éjaculation, qui est tantôt douloureuse, sanglante, rétrograde parfois, enfin par des épididymites à répétition et des » orchites à bascule ».

L'urétroscope seul peut permettre de faire le diagnostic certain de l'urétrite chronique postérieure. Le verumontanum est hypertrophié, mamelonné et toute la partie prostatique de l'urètre est profondément modifiée.

Le traitement de l'urétrite postérieure chronique doit comprendre deux phases : dans la première période, c'est la dilatation de l'urètre postérieur combinée avec le massage de la prostate ; dans la 2e, c'est le traitement urétroscopique proprement dit, qui consistera essentiellement dans les attouchements directs des parties malades, soit avec la teinture d'iode, ou le nitrate d'argent ou le galvano-cautère. On obtient ainsi des résultats absolument remarquables.

Nouveau procédé clinique et pratique de la recherche du glucose urinaire par l'emploi du tube-glucographe. — M. *H. Bottu*. — Le tube glucographe Bottu est un appareil très simple pouvant être mis facilement en poche et permettant au médecin de rechercher le glucose directement dans l'urine en employant une simple allumette comme source de chaleur. L'appareil utilisant le réactif de l'auteur permet de déceler un gramme de glucose par litre et fournit des indications nettes et précises même dans les cas bien connus où la liqueur de Fehling donne des réactions vagues et indécises.

Sur les résultats éloignés du traitement électrique du syndrome otique. — MM. *Zimmern* et *Gendreau*. — 22 malades ont été traités par le courant galvanique et les courants de haute fréquence en applications locales sous forme d'étincelles et d'effluves, depuis le mois d'octobre 1908 jusqu'en juillet 1909. Ces malades présentaient des bourdonnements et de la surdité ; à ces deux symptômes, chez ces 5 malades, s'ajoutaient des vertiges. Les vertiges ont disparu chez 5 malades après 6 à 10 séances de courant galvanique et, actuellement, la disparition persiste depuis 6 à 8 mois.

La surdité a été très améliorée dans 10 cas ; quant aux bourdonnements, ils ont disparu dans 5 cas, sont devenus faibles dans 9 cas, et enfin, ils ne se sont pas modifiés dans 8 cas. Les résultats obtenus paraissent durables et remontent déjà à 7 ou 8 mois.

Résultats éloignés du traitement de l'ozène par la haute fréquence. — MM. *Zimmern* et *Gendreau* ont traité par la haute fréquence 19 malades envoyés par le Dr Castex, et atteints d'ozène Après un nombre de séances variables entre 10 et 25, ils ont constaté chez 16 de ces malades: 1° la disparition de l'odeur fétide et des douleurs fronto-orbitaires quand elles existaient antérieurement ;.

2° La disparition et, dans certains cas, une diminution considérable dans la production des croûtes et des modifications dans leur aspect ; elles deviennent beaucoup plus petites, plus humides et se détachent facilement. Depuis la fin du traitemen (juillet 1909), l'amélioration obtenue chez 14 malades peraiste ; chez deux malades, l'odeur fétide est reparue un mois environ après la fin du traitement.

Corps thyroïde et émotions. — MM. *Léopold-Lévi* et *H. de Rothschild*. — Le corps thyroïde joue un rôle important dans les traductions centrifuges de l'émotion et dans l'apparition des états émotifs.

1° L'émotion peut être à *expression thyroïdienne* ;

2° La séméiologie thyroïdienne peut réaliser une *expression émotive* ;

3° Le corps thyroïde est *renforçateur* ou *réducteur* des manifestations émotives ;

4° Il est *générateur* d'états émotifs, de syndromes d'émotion par une action élective sur certains centres bulbaires dont le *centre de la sécurité*.

5° Les émotions agissent fréquemment sur les états psychonévropathiques par l'intermédiaire du corps thyroïde.

6° Certains troubles hystériques, non pithiatiques (troubles vaso-moteurs, fièvre, polyurie, etc.), qui peuvent être produits par les émotions, dépendent parfois de l'hyperthyroïdie nerveuse, fond sur lequel évolue le pithiatisme.

7° Les émotions agissent sur d'autres glandes, ovaires, surrénales, etc.

Conférence sur l'évolution humaine en Gaule durant la période préhistorique. — M. le Professeur *Capitan* montre comment, en partant des simples matériaux fournis par les fouilles, d'abord instruments grossiers de pierre ; puis outillage plus perfectionné de pierre et de métal, en se basant d'autre part sur les données de la faune concomitante, on peut reconstituer la vie des hommes primitifs et les différentes phases de leur évolution progressive.

Dr E. Agasse-Lafont.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 novembre 1909.

Sur le choix de l'agent spécifique dans le nouveau traitement local abortif de la syphilis, par H. *Hallopeau* et L. *Brodier*. — Nous avons utilisé cinq médicaments différents en injections sous le fourreau de la verge : l'atoxyl, l'arsacétine, l'hectine, le bi-bromure de mercure et l'amalgame connu sous le nom d'arquéritol. Les deux premiers sont actifs et bien supportés aux doses quotidiennes de 0.10 et 0.20 centigrammes. mais on sait qu'ils sont dangereux ; on a vu des doses minimes provoquer. après un petit nombre d'injections, des troubles graves de la vision : aussi n'y avons nous recours qu'exceptionnellement. *L'hectine*, à la dose quotidienne de 0.20 ou 10 centigrammes, donne les meilleurs résultats ; c'est surtout avec elle que nous avons réussi à faire avorter presque tous les cas de syphilis chancreuse qu'il nous a été donné d'observer : elle a l'inconvénient, lorsqu'on l'injecte quotidiennement, de donner lieu à des sensations pénibles bien que supportables ; on les atténue beaucoup en ajoutant au produit de la novocaïne et en étendant la solution de quatre parties d'eau. Le bibromure d'Hg., si bien toléré dans la région fessière, ne l'est pas sous le fourreau ; il donne lieu à une induration cylindroïde dans presque toute la longueur de l'organe ; elle est douloureuse et persiste pendant plusieurs semaines ; il en est de même avec l'amalgame désigné sous le nom d'arquéritol ; à la dose minime de deux centigrammes, nous l'avons vu produire la même réaction qu'avec le bi-bromure. Il faut donc renoncer aux mercuriaux dans ce traitement local intensif ; nous sommes ainsi amenés à conclure que, pour le traitement abortif de la syphilis, l'hectine est l'agent qui, de beaucoup, mérite la préférence.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 novembre 1909

A propos de la pathogénie de l'appendicite. — M. ***Brodier***. — L'appendicite, maladie générale, est toujours d'ordre infectieux : l'infection est primitive ou secondaire. Il estime qu'il y a deux variétés d'appendicite : l'appendicite mécanique, d'origine endo-appendiculaire ou exo appendiculaire ; l'appendicite, maladie générale d'ordre intestinal qui s'observe surtout chez les entériques et les ptosiques. Il croit qu'il y a intérêt d'ailleurs à enlever l'appendice chez ces derniers. L'appendice étant un vestige ancestral, présente des variabilités énormes suivant les individus, et ces variabilités jouent un grand rôle dans la genèse de l'appendicite.

M. *Cazin* pense qu'il n'y a pas lieu d'opposer, dans la pathogénie de l'appendicite, une théorie mécanique à une théorie infectieuse, l'une et l'autre se complétant en ce sens que les malformations congénitales résultant essentiellement de la brièveté du méso-appendice, torsions, coudures, enroulement de l'appendice, constituent une cause prédisposante de premier ordre, favorisant la stagnation de son contenu et l'évolution des phénomènes infectieux qui créent l'inflammation de l'appendice.

A propos de deux observations personnelles de gangrène pulmonaire. — M. ***Bonneau*** expose la conduite chirurgicale qu'il estime la meilleure : N'opérer que les cas limités, à siège précisé. Inciser la paroi par le procédé des petites résections costales multiples. Traverser la cavité pleurale au niveau des adhérences pathologiques qui existent plus de huit fois sur dix. Ne recourir à la pleurotomie exploratrice qu'en dernier ressort. Ne pas craindre de pénétrer jusqu'à huit centimètres de profondeur dans le parenchyme pulmonaire. Drainer après avoir fait une résection des côtes du voisinage suffisante pour permettre mécaniquement la cicatrisation.

M. ***Verchère*** attire l'attention sur les services rendus par la radioscopie et la radiographie dans la recherche de la caverne pulmonaire pour laquelle il préfère l'emploi du thermocautère.

Présentation de pièces. — M. *Lance* présente un fibrome utérin sur son pédicule ayant entraîné des phénomènes péritonitiques graves. — Opération. — Guérison.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET RADIOLOGIE MÉDICALE

Séance du jeudi 18 novembre 1908.
Présidence de MM. HUET et SOLLIER.

M. ***Faidherbe*** (de Roubaix) montre les bons effets qu'il a obtenus par l'*effluvation de haute fréquence dans les constipations chroniques*. Il cite plusieurs observations où les traitements diététiques et médicamenteux, les traitements physiothérapiques et même d'autres traitements électriques avaient échoué et dans lesquels l'effluve a guéri rapidement, complètement et définitivement.

M. Durand pense que l'effluvation agit puissamment sur les organes profonds et en particulier régularise le fonctionnement intestinal, car il a vu le symptôme diarrhée disparaître sous son influence. M. Delherm fait remarquer qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que M. Faidherbe ait guéri par le même procédé des atoniques et des spasmodiques, car spasme et atonie sont fréquemment associés chez le même sujet. M. Laquerrière déclare que d'après son expérience la haute fréquence agit en détruisant l'irritabilité et le spasme intestinal et que, de plus, elle est le procédé le plus efficace pour augmenter les sécrétions du foie et des autres glandes digestives.

M. E. J. ***Durand*** (de Paris) communique les résultats qu'il a obtenus depuis plus de 4 ans dans le traitement du *rhumatisme chronique* et principalement des arthrites par la méthode des *frictions de haute fréquence*. Il présente des résultats d'ensemble obtenus sur plusieurs centaines de malades et insiste sur la possibilité d'atteindre ainsi des articulations profondément situées comme la coxo-fémorale, les vertébrales, etc. M. Laquerrière estime que les diverses modalités de révulsion électrique ne sont pas connues comme elles le méritent ; et en particulier la révulsion de haute fréquence qu'il utilise depuis douze ou treize ans lui paraît un procédé de tout premier ordre.

M. ***Courtade*** (de Paris) lit une communication sur les *prostatites et leur traitement électrique* : dans les prostatites aiguës, le traitement de choix est l'application intra rectale de haute fréquence. Dans les prostatites chroniques, il faut surtout employer le massage électrique (courant faradique à gros fil, intermittence de rapidité moyenne). Le courant détermine une hypersécrétion et une excitation des fibres musculaires, son action associée à celle du massage vide la prostate et favorise la disparition des produits inflammatoires.

M. E.-J. ***Durand*** (de Paris) présente l'appareil *électro-magnétique* de Bachelet.

M. ***Malméjac*** (de Paris) présente une observation de *métrorrhagie des vierges* guérie par le *courant continu*. Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans, présentant des métrorrhagies depuis 17 mois. Tous les traitements médicaux (ovules, injections, repos, etc.) avaient échoué, un curettage avait amené une aménorrhée de 3 mois, puis l'hémorrhagie avait repris dès le retour des règles.

Grâce au traitement électrique, l'hémorrhagie cessa en 12 jours et depuis la malade est rigoureusement réglée. M. Dubois (de Saujon) a vu 3 cas semblables qui ont rapidement guéri par le même traitement, l'une des jeunes filles s'est mariée depuis et est mère de famille.

M. ***Chartier*** (du sanatorium de Boulogne-sur-Seine) a traité par les rayons X une *syringomyélie* toute récente et une *paraplégie spasmodique* d'origine incertaine et a eu d'assez bons résultats. Pour la première fois, il a appliqué ce traitement à une *sclérose latérale amyotrophique*. Ce cas datait de 3 ans et a obtenu une amélioration très notable de la contracture et par suite de la mobilité du sujet ; la force musculaire elle-même et l'atrophie ne furent pas améliorées ; les contractions fibrillaires et fasciculaires fort gênantes ont diminué de fréquence et d'intensité. M. Delherm rappelle ses travaux personnels sur le traitement radiothérapique des centres médullaires et pense qu'il faut essayer les rayons X dans tous les cas où il y a formation d'éléments jeunes dans les centres.

M. ***Marquis*** (de Toulouse) lit un travail sur les *synarthries atomiques* où il montre les rapports qu'on peut établir entre les orbites des astres et les trajectoires des éléments (ions, électrons, etc.) de la molécule matérielle.

M. ***Lebon*** (de Paris) a traité une *rétraction de l'aponévrose palmaire* par l'*ionothérapie électrique*. Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans présentant une rétraction au début, mais héréditaire, et qui fut complètement guéri par 13 séances d'électrolyse de chlorure de sodium.

Le secrétaire général,
Dr A. LAQUERRIÈRE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séances des 4 et 18 novembre 1909.

Adéno-phlegmon chronique sous-maxillaire d'origine dentaire. — M. ***Batut*** communique l'observation d'un malade traité sans succès depuis 3 mois pour adéno-phlegmon chronique sous-maxillaire, malgré plusieurs incisions. Ce malade présentait une grosse masse indurée s'étendant, en largeur, du bord antérieur du sterno-mastoïdien à la ligne médiane, et, en hauteur, du bord du maxillaire à l'os hyoïde. Trois grosses fistules donnaient un pus abondant et liquide. Une large intervention permit de découvrir un foyer profond méconnu, un maxillaire inférieur perforé comme à l'emporte-pièce d'un trou de cinq millimètres de diamètre, et une vieille racine qui fut facilement enlevée. Guérison rapide en moins d'un mois.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc. — M. ***Léon*** fait une importante communication sur le cas d'un homme qui, atteint d'un coup de feu tiré à blanc, à une distance très rapprochée, au cours d'une manœuvre de nuit, fut transporté à l'hôpital de Châteaudun distant de 15 km., et opéré d'urgence, 7 heures après l'accident. La laparotomie ne révéla aucune lésion de l'intestin ni des vaisseaux, mais la présence dans toute la cavité péritonéale de débris du projectile de carton. L'intervention consista dans l'ablation aussi complète que possible de ces débris, et dans le drainage consécutif. Malgré cela, apparition de symptômes de péritonite, puis d'infection généralisée à laquelle le malade succomba six jours après.

A la communication de M. Léon sont jointes de nombreuses photographies qui reproduisent les orifices successifs faits par le projectile dans les vêtements et sur la peau du blessé.

M. ***Ferraton*** fait remarquer qu'en présence de la diffusion extrême des corps étrangers, on ne pouvait songer à les enlever tous. Dans ces conditions, il aurait limité son intervention à la recherche de lésions vasculaires ou viscérales, puis il aurait drainé suivant la méthode de Murphy : 2 gros drains plongeant dans le bassin, malade en position semi-assise. Peut-être, dans de pareils cas, où il y a certainement infection de toute la cavité péritonéale, y aurait-il lieu de tenter l'irrigation continue de cette cavité avec la solution salée physiologique.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. ***Daussat*** fait une étude sur l'influence de l'arme dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. A l'aide de documents éminemment suggestifs, tirés de la statistique médicale de l'armée, et portant sur une période de 20 années, il montre que la cavalerie paye à la dothiénentérie un tribut sensiblement plus lourd que l'infanterie, et établit que la cause de cette différence paraît résider surtout dans les fatigues beaucoup plus grandes imposées aux cavaliers. Il en conclut à la nécessité de faire ressortir l'importance de ce facteur étiologique qu'est la fatigue, et qu'à tort on relègue au rang de cause seconde.

M. ***Granjux*** insiste à nouveau sur la théorie de l'autogenèse, née de l'observation clinique et appuyée par les découvertes récentes de la bactériologie. Il s'élève, en outre, contre l'importance donnée actuellement à la contagion interhumaine et contre les mesures de prophylaxie que cette conception tend à vouloir imposer. Le but fondamental de la prophylaxie de la typhoïde dans l'armée est, dit-il, de maintenir, grâce à l'hygiène, l'organisme humain en équilibre physiologique.

Traitement des hémarthroses du genou. — M. ***P. de Champtassin*** ouvre une discussion sur cette question qui est d'un intérêt très grand, en raison du nombre considérable de cas qu'on en observe dans l'armée. Il expose sa méthode de traitement qui consiste à faire la ponction aussi précoce que possible, suivie de mobilisation immédiate par la *méthode des résistances progressives*. Il présente à la société l'appareil de mécanothérapie dont il est l'inventeur, et qui permet d'appliquer d'une façon rationnelle cette méthode. Il expose ensuite les résultats de son expérience, qui porte sur plus de 300 cas.

M. ***Jacob*** se montre aussi partisan de la mobilisation précoce. L'immobilisation a, d'après lui, des inconvénients sérieux, elle amène des récidives fréquentes, de l'épanchement, et surtout une atrophie considérable du quadriceps. Il estime qu'avec la mobilisation effectuée dès le premier jour du traumatisme on évite l'amyotrophie. Il expérimente actuellement 2 méthodes de mobilisation : l'une préconisée par M. de Champtassin et qui vient d'être exposée, l'autre imaginée par M. Thooris. Celle-ci consiste à faire travailler le quadriceps seul, à l'exclusion de tous les autres muscles moteurs de l'articulation du genou, et avec la résistance toujours la même. Les 8 ou 10 premiers jours, sans que la ponction ait été faite, et sans application d'aucun bandage, le malade élève lentement le membre inférieur jusqu'à la verticale, cela 200 à 300 fois par jour. Puis, quand l'articulation a perdu sa chaleur, le blessé est autorisé à se lever, mais il doit toujours tenir la jambe dans l'extension (marche à la corde). M. Jacob n'a pas encore suffisamment d'observations pour se rendre compte de la supériorité de l'une ou l'autre méthodes. Il fera part à la société des résultats de ses expériences.

M. ***Delorme***, à une époque où il n'était pas permis de pratiquer des ponctions articulaires, avait imaginé un procédé de traitement des hémarthroses du genou par la compression énergique, suivie d'immobilisation, puis de massage et d'électrisation. Il ne peut que se rallier à l'utilité de la ponction, mais il reste partisan convaincu de l'immobilisation, qui, seule, permet la réparation des lésions intra-articulaires, ligamenteuses ou osseuses, qui ont déterminé l'épanchement sanguin.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule. — A propos de la précédente communication de M. Couteaud, M. ***Dejouany*** passe en revue les divers modes de traitement de cette affection.

Le traitement préventif se ramène au traitement convenable de la luxation première : après réduction, immobilisation de 4 jours à 1 semaine (Lejars) suivie de massage et de gymnastique locale.

Le traitement palliatif, utilisé avant la période des interventions chirurgicales, consistait dans l'application d'un appareil orthopédique destiné à limiter les mouvements du bras en arrière. L'auteur cite les appareils de May, Berger (sangle-signal), de Delorme, le procédé du tailleur de Nélaton.

La guérison définitive ne peut guère être obtenue qu'à l'aide d'une opération. Aux injections modificatrices (Pessier, Dubreuil), à l'arthrodèse (Albert), ont succédé des opérations rationnelles, basées sur l'anatomie pathologique.

Lorsque la luxation s'accompagne de lésions osseuses importantes, on fera une section de la tête humérale (Kronlein, Chaput, Picqué et Fourmestreaux, Nélaton).

Pour les cas ordinaires, la méthode de choix est la capsulorraphie ; capsulorraphie pure imaginée par Ricard, modifiée par Picqué, Berger, Toubert, ou capsulorraphie avec capsulectomie partielle (Burel et Muller).

Corps étranger dans la vessie. — M. ***Batut*** présente à la Société un porte-plume qu'il a retiré de la vessie d'un malade, le corps étranger était entouré d'un calcul secondaire des dimensions d'une grosse amande. H. Billet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 novembre 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Corps thyroïde et système pileux (*suite*). — M. *Guelpa* admet les idées exposées par l'auteur, M. Léopold Lévi, mais il lui paraît qu'elles sont empreintes d'exagération et qu'elles appartiennent au domaine de la théorie. Il apportera dès la prochaine séance des objections capables d'affermir ses réserves.

M. *Léopold-Lévi*, en attendant ce travail, fait connaître qu'il reste sur le terrain de l'expérimentation avec 35 observations et même de plus récentes qu'il tient à la disposition de la Société.

Fracture du col chirurgical de l'humérus (*suite*). — M. *Louis Lièvre-Brizard* dit qu'il faut autant que possible laisser le libre jeu à l'articulation du coude à cause des adhérences possibles. Il conseille la radiothérapie avant réduction pour se rendre compte de la position du fragment supérieur après réduction, comme moyen de contrôle.

Le massage doit être précoce, mais non immédiat. La mobilisation du membre peut se faire par un exerciseur à poulie qu'il a imaginé, avec la faradisation sinusoïdale comme adjuvant.

L'autre mal. — M. *Louis Jullien* (Présentation d'ouvrage par M. Coudray). — C'est de la blennorrhagie qu'il s'agit ; comme son précédent ouvrage sur « Le mauvais mal », c'est une œuvre de vulgarisation à la fois très scientifique et d'une très haute portée morale et sociale.

Technique thermale et kinésithérapique dans les maladies des veines. — M. *R. de Langenhagen* (de Luxeuil) analyse la double action thermale et kinésithérapique, qui ne sera effective qu'à la condition d'éviter toutes les causes qui favorisent l'accumulation du sang dans les veines et de ne pas se départir des règles d'une hygiène sévère et d'un régime approprié.

La balnéation dans des piscines à eau courante, telle qu'elle est pratiquée à Luxeuil, fait réellement merveille chez les femmes atteintes de varices, de phlébalgies de nature goutteuse et rhumatismale et d'états douloureux des veines. A côté de l'action résolutive du bain, à côté de l'action sédative sur le système nerveux, on note une action analgésiante tout à fait remarquable sur les varices douloureuses. Il s'agirait là d'une véritable action massothérapique de ces sources radio-actives exercée sur les fibres musculaires des petits vaisseaux qui assurent ainsi le rétablissement de la circulation collatérale. L'auteur signale en outre les heureux effets des mouvements actifs effectués dans le bain et qui se trouvent ainsi réaliser un véritable exercice musculaire (une vraie marche artificielle dans le bain) qui répondra à toutes les indications de mobilisation que le médecin peut tenter sans le moindre dommage pour les malades.

Nous avons toujours été à même de constater le grand soulagement obtenu chez les malades phlébalgiques ou variqueuses. Les mouvements accomplis rendant aux muscles leur contractilité, aux articulations leur souplesse en favorisant la résorption de l'œdème et des exsudats épanchés dans les tissus, contribuent pour une large part à la guérison et abrègent considérablement la durée de la convalescence.

Contribution clinique à l'électrothérapie. — M. *Gandil* (de Nice) présente deux observations. 1re observation : Femme de 55 ans,

arthritique, prise brusquement d'une éruption généralisée par tout le corps; considérée d'abord comme un érythème bulleux, elle a évolué sous les traits d'un pemphigus aigu donnant lieu à de vastes excoriations multiples guéries par l'électricité statique (effluvations et frictions électriques.)

2e observation : Docteur, 50 ans, atteint de troubles cardio-vasculaires (fausse angine de poitrine dyspepsie nerveuse avec constipation opiniâtre.

Guérison complète de la constipation parla galvano-faradisation ; disparition subséquente des troubles cardio-vasculaires et de la dyspepsie nerveuse.

Des névralgies rénales consécutives au rein flottant et de leur traitement par l'électricité. — M. *Denis Courtade.* — Les névralgies rénales surviennent surtout chez des malades neurasthéniques; on peut employer les courants galvaniques. mais les courants de haute fréquente sont les plus actifs,car ils agissent sur l'élément douleur et sur la neurasthénie elle-même.

Le traitement des fractures de la diaphyse humérale. (Présentation d'appareil). — M. *Dupuy de Frenelle* présente un appareil pour le traitement des fractures du bras ne nécessitant pas l'immobilisation du sujet ni du membre blessé.

Le coefficient chronologique du cœur. Cardiographie clinique. — M. *Gillet.* — A l'état normal, il y a entre la systole et la diastole le rapport de 3 à 5. La systole compte pour 3/8, la diastole pour 5/8, d'une façon générale avec quelques variantes. Il serait utile d'introduire dans la clinique cardiaque une notion fournie par la cardiographie en étudiant la modification subie par ce rapport ; d'établir le coefficient chronologique du cœur. Si on l'applique aux tachyardies, on peut voir que certaines conservent le rapport 5/3,que d'autres sont systolisantes et certaines diastolisantes.

Influence du corps thyroïde sur l'évolution dentaire. — M. *Dunogier* fait connaître l'action du corps thyroïde sur l'éruption dentaire chez les enfants en retard au point de vue de leur dentition.

1re *Observation.* — Enfant myxœdémateux, âgé de 3 ans, n'ayant que six dents au lieu des 20 qu'il aurait dû avoir à ce moment. Après 3 mois de traitement, 16 dents.

2e *Observation.* — Enfants myxœdémateuse de 13 ans, 2 dents permanentes au lieu de 28. Après 3 mois 1/2 de traitement, apparition de 4 dents nouvelles (premières grosses molaires).

3e *Observation.* — Enfant non myxœdémateux, 8 ans. Aucune dent permanente, deux dents de lait absentes depuis 2 ans, à la mâchoire supérieure. Après 4 mois de traitement, 8 dents paraissent presque en même temps (centrales inférieures, et supérieures et 4 dents de 6 ans) :

CONGRÈS INTERNATIONAL

Pour la répression des fraudes alimentaires.

L'aliment pur (1). — Lorsque l'année dernière, à Genève, la Société universelle de la Croix-Blanche a provoqué la réunion du premier congrès international pour la répression des fraudes alimentaires et pharmaceutiques, elle se proposait d'abord de fixer la définition précise de chaeune des substances comestibles, et de dresser ensuite, d'après les déclarations mêmes des commerçants intéressés, la liste des manipulations diverses que ces substances sont appelées à subir avant d'être livrées à la consommation. Il était entendu qu'un second congrès, uniquement composé d hygiénistes et de médecins, se prononcerait l'année suivante sur la légitimité de ces manipulations commerciales, en écartant toutes celles qui lui paraîtraient de nature à présenter quelque danger pour la santé publique. Grâce à ce procédé très logique, ce qui n'aurait pas été déclaré licite à tous les points de vue devait être tenu pour frauduleux et répréhensible.

Malheureusement, les choses ne se sont pas passées avec cette belle simplicité. Le congrès de Genève a bien formulé des définitions théoriques qui peuvent, en grande majorité tout au moins, être tenues pour excellentes et définitives, mais il a laissé au second congrès la lourde tâche de réunir les commerçants en même temps que les hygiénistes, et ceux-ci paraissent avoir totalement perdu de vue le but qu'ils étaient chargés de poursuivre. Au lieu de se borner à dresser une liste de toutes les opérations normalement effectuées dans leurs usines pour rendre les aliments « vendables » et pour répondre aux exigences des acheteurs, les commerçants ont cru devoir se prononcer sur la légitimité même de ces opérations. Il en est résulté des conflits d'intérêts qui furent parfois dénués de grandeur et, la loi du nombre intervenant toujours pour clore les débats, des décisions, dont certaines parurent, à juste titre, surprenantes. Les hygiénistes, de leur côté, négligèrent de prendre une précaution élémentaire en commençant par se définir eux-mêmes, si bien que tous les congressistes parlèrent, discutèrent et, ce qui est plus grave, volèrent au nom de la Science. Ils le firent souvent avec passion, se laissant aller à sanctionner des opinions excessives dont les hommes de laboratoire demeurent confondus. Mais ce fut bien autre chose encore lorsque, à la fin du congrès, l'assemblée générale fut appelée à ratifier les décisions prises par les diverses sections : on vit des charcutiers décider que les cacaos peuvent être additionnés de carbonate de potasse, des marchands de beurre autoriser les vignerons à mettre 100 milligrammes d'acide sulfureux libre dans chaque litre de leurs vins blancs, et toute la majorité enfin, entraînée par l'éloquence persuasive d'un grand restaurateur parisien, affirmer qu'un limonadier n'excède en rien ses droits quand il adultère avec de la chicorée le café noir qu'il vend aux prolétaires.

Tout cela, pourtant, n'aurait pas été bien dangereux si les journalistes n'avaient pas eu le tort de donner à ces délibérations inquiétantes une publicité excessive et, par certains côtés, mala droite. Il eût fallu qu'ils consentissent à se souvenir qu'il s'agissait uniquement d'une consultation de commerçants, et à mettre au point ce que certaines opinions formulées pouvaient avoir d'inadmissible. La plupart d'entre eux ne l'ont pas fait; ils ont écrit : *le Congrès a décidé*, au lieu d'écrire : *les Congressistes ont prétendu*, et, de cette erreur d'appréciation qu'ils ont commise, beaucoup de mal pourrait sortir.

Le grand public des consommateurs ne doit pas, en effet, se figurer que, désormais, on va lui vendre les mixtures les plus hétéroclites en les parant du qualificatif « aliment pur » C'est exactement le contraire qui se produira. Parmi les pratiques commerciales dont le secret vient de nous être révélé, il en est qu'il va falloir remplacer au plus vite pour les rendre plus conformes aux données véritables de l'hygiène, d'autres qui seront modifiées, d'autres enfin dont l'abandon définitif s'impose, et toute une série de transformations apparaissent déjà comme nécessaires dans notre technique actuelle. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les opinions manifestées au congrès en ce qui concerne certains aliments :

Le vin, par exemple, ayant été défini comme étant *le produit exclusif de la fermentation alcoolique du jus de raisin frais*, il serait normal d'effectuer les manipulations suivantes :

a) Sur les mouts : débourbage par l'acide sulfureux(1); plâtrage(2); phosphatage (3) ; salage (4) ; tannissage ; désulfitation (des moûts sulfités) par les moyens purement physiques (pression réduite, chaleur, etc.) ; collages ; traitement par le charbon pur; addition de levures sélectionnées ; addition de phosphate d'ammoniaque (5) ; pasteurisation, filtration et opérations diverses physiques ou mécaniques, ne modifiant pas la composition élémentaire des moûts. Enfin correction des moûts dans les conditions suivantes :

(1) Ex'rait du *Correspondant.*

(1) Cet acide sulfureux peut provenir, soit de la combustion du soufre, soit de l'acide sulfureux liquéfié, soit des solutions hydroalcooliques d'acide sulfureux, soit des bisulfites ou métabisulfites alcalins.

(2) Le vin ne doit pas contenir plus 2 grammes par litre (avec tolérance de un dixième en plus) de plâtre, c'est-à-dire d'acide sulfurique calculé en sulfate neutre de potasse.

(3) 250 grammes au maximum de phosphate bicalcique par hectolitre.

(4) I gramme par litre au maximum de chlorure de sodium.

(5) A la dose maxima de 10 grammes par hectolitre.

1° Dans le cas de pauvreté en sucre, chaptalisation (1) et vinage (2);

2° Dans le cas de pauvreté en acide : addition d'acide tartrique ou citrique cristallisés purs, ces deux opérations ne pouvant être pratiquées sur un même moût. De même, un moût qui a été sucré ou viné ne peut être aussi acidulé et réciproquement.

b) SUR LES VINS. Coupage des vins entre eux, ou des vins avec des moûts concentrés ou non ; collage (3) ; clarification par diverses substances inertes (4) ; tannissage ; addition d'acide citrique (5) ou de sel marin (6) ; traitement au charbon pur pour les vins blancs noircissant ou les vins tachés provenant de la vinification en blanc ; addition de caramel, de sucre cristallisé (saccharose) ou de sucre de raisin ; traitement à l'acide sulfureux pur (7) ; emploi de l'acide carbonique pour les ouillages et les manipulations du vin, telles que les soutirages ; action du froid (8) ; pasteurisation ; filtration ainsi que les opérations physiques ou mécaniques ne modifiant pas la composition élémentaire du vin.

Les opérations suivantes seraient au contraire facultatives :

a) Sur les moûts : addition de résine de pin, dans une proportion de 2 à 8 pour 100.

b) Sur les vins : coupage de vins et de vin de liqueurs.

Il n'est pas nécessaire d'être bien exigeant en matière de gastronomie pour estimer que tous ces traitements appliqués aux vins relèvent d'une chimie vaguement inquiétante, et qu'à ce titre ils modifient d'une façon regrettable le produit pur, le vin notamment, ce sang des vignes, ce jus des grappes vermeilles.

Un devoir impérieux s'impose donc à la Croix-Blanche : rassurer d'abord l'opinion publique, en lui disant de façon officielle et précise qu'il ne faut pas considérer comme des décisions définitives prises au nom de la Science et de l'Hygiène les opinions formulées par le récent congrès de Paris, mais leur dénier au contraire toute autre valeur qu'une valeur purement documentaire.

Il faut ensuite qu'elle étudie avec le plus grand soin toute la technique qui vient d'être révélée, afin d'arriver à l'aliment idéal, non pas seulement par la suppression des fraudes condamnables, mais par une évolution vraiment scientifique des fabrications diverses ; le devoir lui incombe de conduire l'industrie et de la guider par ses conseils, d'avertir le public et de l'instruire, de surveiller le commerce avec la collaboration du commerce lui-même, peut-être même de donner à celui-ci les moyens de faire connaître aux consommateurs la pureté des comestibles qu'il met en vente. Pour y parvenir, il est indispensable que, sans tarder, elle prenne l'initiative de convoquer en des réunions internationales des spécialistes vraiment désintéressés, en se souvenant toutefois que les assemblées nombreuses sont rarement autre chose que des cohues. Par là, mais par là seulement, elle tiendra les promesses qu'elle a faites en nous rendant ce service inestimable de *procurer à tous et partout des aliments plus purs.*

Francis MARRE,
Expert-chimiste près les Tribunaux.

(1) A l'aide de sucre cristallisé (saccharose) ou de moût concentré. Le sucrage maximum, sous quelque forme que ce soit, est de 10 kilos de sucre pour 3 hectolitres de vendange.

(2) Au moyen de l'alcool provenant de la distillation du vin ou d'alcool neutre rectifié. Le vinage maxima est de 3 pour 100 d'alcool.

(3) Le collage peut être effectué avec les substances suivantes : albumine de sang desséché, albumine fraîche du blanc d'œuf, albumine du blanc d'œuf desséché, sang frais ou desséché, caséine pure, lait écrémé non corrompu, gélatine pure, colle de poisson ; les diverses préparations consistant en dissolutions des substances albuminoïdes précitées et tous les albuminoïdes alimentaires non altérés et non additionnés d'antiferments autres que l'acide sulfureux ou les bisulfites et les métabisulfites alcalins.

(4) Terre d'Espagne, kaolin, terre d'infusoires.

(5) A la dose maxima de 50 grammes par hectolitre.

(6) L'addition de sel marin doit être effectuée en mélangeant ce produit avec de l'albumine servant au collage ; la proportion totale de sel marin ajouté, y compris celle qui a pu être ajoutée antérieurement au moût, ne doit pas excéder un gramme par litre.

(7) Cet acide sulfureux pur doit provenir soit de la combustion du soufre, soit de l'acide sulfureux liquéfié, soit des bisulfites et des métabisulfites alcalins, soit de solutions hydroalcooliques d'acide sulfureux. La dose d'acide sulfureux libre ne doit pas dépasser, au moment de la mise en consommation la dose de 100 milligrammes par litre, ni celle que soit la dose d'acide sulfureux total. Les deux bisulfites et les métabisulfites alcalins ne pourront être employés à une dose supérieure à 50 grammes par hectolitre.

(8) Réfrigération simple pour faciliter la défécation des vins, ou congélation en vue d'obtenir la concentration pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Rongenthérapie avec appendice sur la radiumthérapie ; par le Dr Josef WETTER, de Mannheim. (Chez Otto Nemnich, Leipzig, 1908.)

Ce livre de plus de 1000 pages est un traité complet de radiothérapie, particulièrement dans ses applications dermatologiques. Une grande partie du volume est réservée à la technique physique, c'est-à-dire à l'étude des rayons X et des appareils destinés à les produire. Le dosage et la technique de l'irradiation sont particulièrement étudiés. Puis sont étudiées les actions thérapeutiques des rayons X dans les maladies du cuir chevelu, les dermatoses, les tumeurs malignes, les affections des organes hématopoiétiques, etc. Puis l'ouvrage se termine par l'étude théorique du radium suivie de l'action biologique de ses rayons, la technique et le dosage de l'irradiation ainsi que les indications de la radiumthérapie.

De nombreuses gravures et de très belles planches complètent cet ouvrage et en rendent la lecture facile et agréable.

G. M.

Cours de philosophie positive ; par Auguste COMTE, tome VI et dernier. (*I volume in 8 de 592 pages avec une gravure en taille douce.* SCHLEICHER, Paris 1909.)

Ce dernier volume est un complément de la philosophie sociale et contient des conclusions générales. On peut y lire des considérations élevées sur le développement de l'humanité au triple point de vue, économique, intellectuel et social. Une fois de plus, il faut féliciter les éditeurs de cette publication essentiellement apte à vulgariser les idées du célèbre philosophe : et à ce propos il est bon de remarquer qu'Auguste Comte a écrit, non pour une élite, mais pour toute personne capable de penser. L'auteur lui-même voulait que le prolétariat fît partie de son public.

G. PAUL-BONCOUR.

Les amants de la douleur ; par le Dr LEMESLE. (*Bibliothèque de l'Ecole de Psychologie*, Paris, Maloine, 1909.)

Dans ce petit opuscule, l'auteur étudie ces psychopathes qui recherchent la douleur, en vertu d'une exaltation de leur sensibilité. Il les étudie dans l'histoire des religions, où se rencontrent l'algomanie collective et l'algomanie individuelle, et dans la vie sociale. Il passe aussi en revue les écrits des poètes qui font allusion à ce besoin. Il termine enfin par des considérations sur le plaisir et la douleur et explique comment la recherche d'une émotion peut créer l'algophilie et l'algomanie. La pathogénie de l'affection indique le traitement rationnel : la rééducation physique.

G. P. B.

Medical and Surgical Report of the Presbyterian *Hospital de New-York*, volume VIII, 1908. (Edité par TRACHER et WOOLSEY.)

Ce volume contient vingt-quatre mémoires des plus intéressants sur des questions médicales. On note d'une façon générale le désir des auteurs de se placer sur un terrain essentiellement pratique et les qualités d'observation dont ils font preuve. De nombreuses illustrations ornent le texte de cet ouvrage qui est édité avec un soin tout particulier.

Australasian medical Empress. Compte-rendu de la 8e session tenue à Melbourne, en octobre 1908.

Ces comptes rendus contiennent 3 gros volumes, remplis d'un texte serré. On y trouvera de précieux renseignements sur une foule de questions intéressant la médecine, la chirurgie et toutes les spécialités médicales. Les nombreux travaux qui y figurent indiquent le succès de ces réunions et l'activité du corps médical dans le pays.

G. P.-B.

REVUE GÉNÉRALE

État actuel de la question du thymus ;

Par G. RAILLIET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nos connaissances sur le thymus de l'homme, tant au point de vue anatomo-physiologique qu'au point de vue pathologique, sont encore si rudimentaires qu'il ne faut point s'étonner du nombre des travaux parus sur cette question durant l'année qui s'achève. C'est à dégager les notions nouvellement acquises que nous allons nous essayer au cours de cette revue.



ANATOMIE. — L'anatomie est le chapitre sur lequel nous possédons en apparence les données les mieux établies.

On sait depuis longtemps que le thymus, relativement volumineux chez le nouveau-né et dans la première enfance, régresse ensuite pour disparaître presque totalement vers l'adolescence. En vérité, l'accord est si peu fait sur les points les plus importants qu'il est presque impossible de préciser la limite entre un thymus normal et un thymus pathologique, de dire quand commence l'hypertrophie, et quand la persistance anormale. En ce qui concerne le poids normal à la naissance, les chiffres varient de 3, 5 et 6 grammes jusqu'à 14 grammes. Quant à la régression, elle débute, pour la plupart des auteurs, vers 3 ou 4 ans ; pour d'autres, vers 8, 14 et même 20 ans. Aussi, dans la règle, conclut Lenormant, « il semble bien qu'un thymus dont le poids atteint ou dépasse 20 à 25 grammes ou qui persiste comme organe distinct après 20 ans doive être regardé comme anormal ». Ce chiffre de 20 grammes, qui est certainement exagéré, est le plus faible que nous relevions dans les observations parues cette année, le plus élevé étant 37 gr. 50 (Bonnet) : beaucoup d'auteurs ont négligé d'ailleurs de peser l'organe, se contentant de noter : thymus plus ou moins hypertrophié. Il y aurait pourtant grand intérêt à fixer ce point.

Les dimensions sont en général mieux indiquées. On pourra les comparer avec les chiffres de Testut, qui, pour un poids moyen de 5 grammes, donne : diamètre vertical, 5 centimètres, diamètres transversal et antéro-postérieur, 12 à 14 millimètres.

Mais il faut bien savoir qu'il existe normalement, pendant la vie, de grandes variations de poids et de dimensions, liées à des poussées congestives, et que le volume de l'organe est moindre après la mort.

Les rapports de la glande méritent d'être bien connus, et Lenormant, dans sa revue générale, en donne une bonne description. Ces rapports, à vrai dire, ont plus d'intérêt au point de vue de la pathogénie des accidents dus à l'hypertrophie du thymus qu'au point de vue chirurgical. Il semble, au premier abord, qu'en raison de ses relations immédiates avec la trachée, les vaisseaux et les nerfs qui passent du cou dans le médiastin, avec le péricarde et les gros vaisseaux de la base du cœur, une opération sur le thymus doive être très délicate. Mais, comme Veau l'a bien mis en évidence, le danger de ces voisinages est plus apparent que réel ; la glande est logée dans une capsule à laquelle elle n'adhère nullement, et d'où elle s'énuclée avec la plus grande facilité.

Nous devons signaler quelques rectifications apportées cette année à l'anatomie du thymus par Rieffel et Le Mée, dont les recherches, pratiquées sur 34 enfants âgés de 1 à 12 ans, confirment en partie les travaux antérieurs de Cruchet.

Les deux lobes du thymus ne sont pas réunis par un isthme ou fusionnés par leur face correspondante ; ils sont toujours au moins chez le nouveau-né, aisément séparables et disposés de sorte que le lobe gauche, plus superficiel, recouvre le droit. — La face postérieure du thymus s'insinue assez souvent du côté gauche de l'espace trachéo-carotidien pour se mettre en contact avec le nerf récurrent et l'œsophage. — Le contact avec le corps thyroïde n'est pas exceptionnel ; les auteurs l'ont observé dans un cinquième des cas. — Les deux lobes ne descendent pas au même niveau : le lobe droit répond le plus souvent au troisième espace ; le gauche atteint la cinquième côte et va parfois au diaphragme. — Enfin, Rieffel et Le Mée attirent particulièrement l'attention sur les rapports du thymus avec certains nerfs : outre le récurrent gauche et les deux pneumogastriques, il faut signaler le nerf cardiaque inférieur droit, qui joue sans doute un rôle dans les syncopes d'origine thymique, et les nerfs phréniques.

Robinson attache également une grande importance aux connexions des nerfs phréniques avec le thymus, contre lequel ils sont intimement appliqués.

***

PHYSIOLOGIE. — Les rares travaux parus cette année n'ont pas notablement augmenté nos connaissances sur les fonctions du thymus.

Certains auteurs, soutenant que le thymus exerçait une influence sur le développement somatique et sur la croissance du squelette, ont été conduits à le considérer comme possédant une sécrétion interne. Sans être aussi affirmatifs, les cliniciens peuvent constater parfois des relations au moins apparentes entre un thymus anormal et des troubles de la nutrition.

Le thymus, se demande Barbier après avoir décrit un tirage thymique permanent avec déformations thoraciques, « aurait-il une influence sur la nutrition des os ? » Certains observateurs (Bonnet, K. Basch) le pensent. Ou bien faut-il admettre que les lésions osseuses et thymiques sont contemporaines seulement et subordonnées à une même influence pathologique ? J'ai pris soin d'indiquer dans toutes mes observations que les enfants étaient des atrophiques ou des obèses atrophiques, présentant plus ou moins des stigmates d'hérédo-syphilis ou de rachitisme, des dyspeptiques, etc. ».

Chez les rachitiques, Du Castel a noté une augmentation de poids appréciable du thymus : d'après ses recherches, ce poids moyen est de 9 gr. 42, tandis que les thymus non rachitiques ne pèsent que 4 gr. 50.

Chez les atrepsiques, au contraire Lucien a constaté une diminution du poids du thymus relativement exagérée par rapport à l'abaissement du poids du corps : 0 gr. 97 en moyenne.

Avec Parisot, ce même auteur a entrepris des recherches qui sont loin de confirmer l'hypothèse d'une sécrétion réellement spécifique du thymus. L'augmentation des corpuscules de Hassal, selon Lucien et Parisot, doit être considérée comme un signe d'involution et non comme une manifestation spéciale d'activité, celle-ci se trouvant au contraire en rapport avec le développement du tissu lymphatique.

D'autres travaux ont eu pour objet d'élucider les relations entre le thymus et le corps thyroïde. La question n'est pas nouvelle et Lenormant, dans sa revue, consacre un chapitre aux rapports de l'hypertrophie du thymus

et du goître exophtalmique. Ces relations ne paraissent pas douteuses, mais les avis diffèrent dès qu'il s'agit de les interpréter. Reprenant expérimentalement cette étude, Lucien et Parisot ont reconnu que la thymectomie chez le jeune lapin ne paraît pas avoir grande influence sur le poids de la thyroïde ; cette constatation est pour eux un argument important contre la conception d'une suppléance hypothétique des deux organes.

Gley, en opposition avec ce fait que le thymus peut s'hypertrophier après la thyroïdectomie, signale le fait inverse, l'atrophie plus ou moins marquée du thymus après cette opération. On ne peut donc rien conclure de ces observations contradictoires.

Peut-être pourrait-on tirer quelques notions utiles de l'étude histologique du thymus, après la thyroïdectomie ; c'est ce que viennent de tenter Worms et Pigache sur trois lapins de Gley. La thyroïdectomie, concluent-ils, détermine des lésions profondes de dégénérescence. En quelques jours la plus grande partie des lobes disparaît et est remplacée par du tissu conjonctif. La présence de gros capillaires oblitérés par places montre que ce stade d'atrophie est précédé d'une phase de congestion de courte durée.

***

Étude clinique. — La *mort subite*, c'est à cela que se résumaient, il y a peu d'années encore, nos connaissances sur la pathologie du thymus. A ce titre, c'était surtout le médecin légiste que la question intéressait. Lorsque la mort subite survient sans cause apparente chez un petit enfant, on est facilement tenté d'accuser les parents ou la nourrice d'infanticide ; lorsque le sujet meurt brusquement au cours d'une narcose, on n'hésite pas à imputer l'accident à l'anesthésique. Mais, d'autres fois, la mort se produit à l'occasion d'un incident banal, bain, émotion, injection de sérum antidiphtérique, ou même à l'occasion d'un simple examen de la gorge, lorsqu'on renverse la tête de l'enfant en arrière.

Si on dépouille attentivement les observations, on se rend compte qu'en réalité il s'agit plus souvent de mort rapide que de mort subite à proprement parler. Ces faits ne sont pas rares, et cette année même de nombreux cas ont été publiés par Lund, par Bonnet, par Sargnon, Boulloche et Robert (mort presque subite seize jours après une laryngostomie), etc.

Dans la règle, cette mort subite par hypertrophie — ou du moins avec hypertrophie — du thymus survient au cours de la première enfance. Mais elle peut se voir aussitôt après la naissance, comme Durante en rappelait tout récemment encore des exemples. Marfan vient d'en publierun cas chez un enfant de 12 ans, au cours d'une phtérie. La plupart des sujets morts à l'occasion d'une narcose avaient moins de 20 ans.

Ainsi les sujets porteurs d'un thymus hypertrophié sont sous le coup d'une mort subite, absolument impossible à prévoir. Le médecin se trouverait donc impuissant et désarmé si l'hypertrophie du thymus ne se révélait parfois par d'autres manifestations. C'est à établir les troubles fonctionnels et les signes physiques déterminés par cette anomalie si traîtresse que se sont appliqués les auteurs des plus récents travaux. Cette étude doit aboutir à des conclusions pratiques du plus haut intérêt, car le jour où nous pourrons porter un diagnostic ferme de thymus hypertrophié, nous n'aurons qu'à confier notre petit malade au chirugien, et celui-ci, par une opération aussi simple que bénigne, l'arrachera à une mort toujours menaçante.

Les « petits signes de l'hypertrophie du thymus » ont été minutieusement analysés par Veau et Olivier dans leur très consciencieux mémoire que nous prendrons pour guide.

Symptômes fonctionnels. — Il y en a trois principaux : les crises de suffocation, la dyspnée permanente, le stridor et quelques autres accessoires.

Accès de suffocation. — La crise asphyxique peut éclater brusquement chez un enfant dont la respiration a jusque-là été normale, et cette crise sans prodromes se termine par la mort subite, ou du moins par la mort rapide.

Mais si l'on a soin de pousser l'interrogatoire, on apprend bien souvent que l'enfant a eu antérieurement d'autres crises semblables. Dans l'observation III de Veau et Olivier, l'enfant présentait depuis plus d'un an des crises de suffocation d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées.

Quelle est la pathogénie de ces crises ? « Ce n'est pas un spasme de la glotte, dit Moizard, au sens anatomique du mot, car le tubage « ne les modifie pas » ; c'est peut-être du spasme phrénique (Guinon et Simon), le vieux spasme phréno-glottique d'Hérard. Peu nous importe, il nous suffit de savoir que l'ablation du thymus supprime ces crises » (Veau et Olivier).

En vérité, ceci n'est autre chose que l'asthme de Kopp. Les auteurs le reconnaissent lorsqu'ils ajoutent : « En tout cas, ces accès de dyspnée intense rentrent dans le syndrome clinique du spasme de la glotte ».

Si la thymectomie est susceptible parfois d'enrayer certains cas de spasme idiopathique, alors que le tubage et la trachéotomie restent impuissants, le thymus pourrait donc jouer un rôle dans la production de ce syndrome, et la théorie thymique reprendrait ses droits, quoique Moizard, dans un récent article, élimine d'emblée l'asthme de Kopp des accidents dus au thymus hypertrophié et que Hutinel et Paisseau écrivent : «La théorie de l'asthme thymique de Kopp, attribuant les accidents à la compression directe des poumons et de l'arbre respiratoire par le thymus hypertrophié n'a que rarement été confirmée par les autopsies .»

Toutefois, ces auteurs ajoutent que le spasme idiopathique considéré comme convulsion interne relèverait d'une vulnérabilité particulière du système nerveux et que cette morbidité pourrait rentrer dans le cadre de l'état lymphatique de Paltauf. La question n'est donc pas tranchée, et il ne faut pas se hâter d'attribuer aux parathyroïdes seules le rôle qu'on reconnaissait jadis au thymus.

D'autres fois, la crise asphyxique survient au cours d'une dyspnée permanente, comme celle sur laquelle Barbier vient d'attirer à nouveau l'attention.

Dyspnée permanente. — Il s'agit d'une dyspnée particulière, accompagnée de tirage permanent et paroxystique, et capable de produire des déformations thoraciques chez les sujets prédisposés, au même titre que l'obstruction nasale. A chaque inspiration, dit Barbier dans sa première observation, les viscères sont refoulés par la contraction du diaphragme, tandis que les côtes correspondant aux attaches diaphragmatiques en avant présentent, à chaque inspiration, une rétraction profonde rétrécissant le diamètre transversal du thorax et ayant pour effet de projeter en avant le sternum et de renverser en dehors, au dessous de la dépression, la circonférence inférieure du thorax. On a sous les yeux, pour ainsi dire, un thorax en carène et un thorax en entonnoir intermittents. Ce

tirage permanent s'exagère par l'émotion et par l'accélération de la respiration. Cette dyspnée et ce tirage ont cette particularité, déjà indiquée par Benecke, d'être augmentées par l'extension de la tête, par la position couchée ou par l'examen de la gorge, en particulier avec l'abaisse-langue d'Escat.

Stridor. — Certains nourrissons présentent, peu de temps après la naissance, une respiration bruyante spéciale, à maximum nettement inspiratoire : c'est le stridor laryngé congénital. Ce stridor peut s'observer lorsque le thymus est hypertrophié, mais, faute de s'entendre sur la définition même, on discute à perte de vue sur la cause véritable de cette affection, les uns soutenant, avec Variot et ses élèves, qu'il s'agit d'une malformation laryngée, les autres, avec Hochsinger, que le thymus est toujours en cause, d'où la dénomination de stridor thymique. L'assertion évidemment exagérée de Hochsinger a été réfutée par nombre d'auteurs. Von Bokay, cette année même, a publié un travail important contre cette théorie. A la vérité, toutes ses observations ne sont pas absolument à l'abri de la critique ; par exemple l'observation I, où il s'agissait d'un stridor congénital très prononcé ; l'examen laryngoscopique ayant échoué, l'auteur s'appuie exclusivement sur ce fait que la radiographie a montré clairement que le thymus n'était pas hypertrophié ; en outre, l'absence d'autopsie ôte toute valeur à une semblable observation. Cela n'empêche point que le stridor par malformation laryngée existe de la façon la plus incontestable. Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier en ont rapporté récemment un cas confirmé par l'autopsie ; le thymus était petit et la radiographie avait montré une ombre thymique à peine perceptible. Un des malades de Veau et Olivier, nullement amélioré par la thymectomie, rentre vraisemblablement aussi dans cette catégorie.

Inversement, peu de temps auparavant, Nathan et Moscoso avaient publié un cas de stridor congénital avec hypertrophie probable du thymus.

Il importe donc de s'entendre sur les mots. La chose est simple si, à l'exemple d'Hutinel et Paisseau, on réserve le nom de *stridor laryngé congénital* aux cas de malformation du vestibule laryngé (cornage laryngien vestibulaire de Variot). Cette définition élimine toutes les autres *respirations stridoreuses*, avec lesquelles il faudra faire le diagnostic. Ici, nous ne saurions mieux faire que de citer Hutinel et Paisseau.

Les respirations stridoreuses, disent-ils, se différencient ainsi du stridor congénital : elles ne débutent pas nécessairement à la naissance ; elles n'évoluent pas régulièrement vers la guérison ; l'expiration est souvent aussi bruyante que l'inspiration ; le cri est souvent modifié. Ce syndrome se rencontre dans diverses circonstances, et en particulier dans l'hypertrophie du thymus (stridor thymique d'Hochsinger). Cette variété de cornage présente des caractères spéciaux qui rendent sa distinction possible : d'origine trachéo-bronchique, il ne disparaît pas par le tubage ; il est expiratoire et de timbre plus bas, quoique très intense, surtout lorsque l'enfant est couché. Nathan et Moscoso notent très nettement, dans leur observation, que le stridor diminuait dans le décubitus latéral et s'exagérait dans le décubitus dorsal. Hutinel et Paisseau ajoutent que les mouvements d'ascension et surtout d'abaissement du larynx gênés par le thymus hypertrophié sont très diminués ; en outre, les signes fonctionnels, dyspnée, cyanose, suffocation, sont plus marqués que dans le cornage vestibulaire.

En vérité, le diagnostic différentiel du stridor thymique et du stridor laryngé reste des plus aléatoires ; est-on parvenu à l'établir, il faut encore éliminer les autres causes possibles, quoique plus rares, de respiration stridoreuse : l'adénopathie trachéo-bronchique, qui comporte habituellement des signes stéthoscopiques, les végétations adénoïdes, exceptionnelles chez le nouveau-né, et les laryngites obstétricales du nouveau-né.

Autres symptômes possibles. — La *dysphagie* a légitimé une fois l'intervention (Hinrichs), concurremment, il est vrai, avec la dyspnée. Il est logique aussi d'admettre que le thymus hypertrophié puisse provoquer de l'œdème ou de la cyanose, comme toute autre tumeur médiastinale.

Une mention spéciale doit être accordée aux rapports de l'hypertrophie du thymus avec l'*eczéma* et les dermatoses voisines. Effectivement, dans plusieurs des observations les plus récentes, nous avons pu relever une infection cutanée (Barbier, obs. 1), un eczéma impétigineux de la face (Barbier, obs. II), une affection très bénigne de la peau (Bonnet). S'agit-il, comme certains le pensent, d'une forme sèche d'eczéma qu'il serait rationnel de rattacher à une dyscrasie thymique ?

Mais à ces observations, nous pouvons en opposer d'autres, aussi récentes, où l'autopsie montra un thymus normal ou petit chez des nourrissons morts subitement au cours d'un eczéma (Marfan et Hallé), ou d'une syphilis héréditaire (Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier.). Or, ces morts imprévues survenant brusquement chez des enfants atteints d'eczéma, d'impétigo, ou même simplement de constipation, le soir ou le lendemain de leur entrée à l'hôpital, sont des faits bien connus sur lesquels insiste depuis longtemps le professeur Hutinel, qui les attribue à une septicémie suraiguë.

Signes physiques. — Les divers symptômes fonctionnels que nous venons de passer en revue sont trop variables et trop peu certains pour qu'on puisse établir sur leur seule constatation un diagnostic précis. Aussi, depuis quelque temps, s'efforce-t-on de déterminer le plus rigoureusement possible les signes physiques du gros thymus. Malheureusement, comme le remarquent Veau et Olivier, l'expérience nous a montré qu'avec de petits thymus peuvent se manifester des symptômes alarmants, et que de gros thymus ne donnent parfois lieu à aucun trouble. Ainsi en était-il d'un thymus tuberculeux de 16 gr. 50 observé par Tixier et Mlle Feldzer chez un enfant d'un an, et qui n'avait provoqué aucun phénomène de compression médiastinale.

La *voussure du manubrium sternal* est bien inconstante.

De même la *tuméfaction de la région sternale et parasternale droite* signalée par Méry et Parturier, lors des fortes expirations.

La *sensation d'une masse sus-sternale* n'a pas grande valeur, car souvent on peut percevoir le pôle supérieur d'un thymus normal : cependant si cette masse apparaît surtout dans les efforts de toux et dans l'expiration, ce signe (signe de Rehn) acquiert une certaine importance (obs. III de Veau et Olivier). On pourra également essayer la manœuvre d'Œlsnitz et Prat, qui faisaient disparaître le stridor, chez leur malade, en déprimant la fossette sus-sternale avec l'index.

La *matité triangulaire* à base supérieure au niveau du manubrium est le plus souvent peu nette.

La *radiographie*, à laquelle Hochsinger paraît avoir attaché une importance exagérée, n'est pas d'une application bien pratique chez un enfant qui souffre et se débat, sans compter qu'il importe de ne pas différer l'intervention.

Il en est de même de la *radioscopie*, qui cependant peut être fort utile pour éliminer l'adénopathie trachéo-bron-

chique ; il existe dans ce dernier cas des ombres arrondies au niveau du hile, tandis que le thymus hypertrophié se manifeste sous forme d'une ombre triangulaire à sommet inférieur derrière le manubrium.

Quant au *tubage*, souvent difficile et parfois dangereux, on n'y recourra qu'à défaut d'autres signes suffisants pour justifier l'intervention. Une dyspnée non améliorée par un tube long est bien probablement d'origine thymique.

Ainsi l'examen objectif du malade ne peut, pas plus que l'étude des signes fonctionnels, nous permettre un diagnostic de certitude. L'hypertrophie thymique sera donc établie le plus souvent par élimination.

Mais pourtant on devra toujours y penser, dit Moizard, lorsqu'on se trouvera « en présence d'accidents de compression intra-thoracique congénitaux ou développés dès les premiers mois de la vie ». Et comme, en regard de la gravité toujours menaçante de cette affection livrée à elle-même, il est frappant de voir la bénignité de l'intervention chirugicale, on serait coupable d'être timide.

***

TRAITEMENT.— La *trachéotomie*, quelque basse qu'on la fasse, quelque longue que soit la canule, ne donne jamais de résultats satisfaisants. Le *tubage* avec des tubes longs n'est pas plus heureux.

En présence de ces insuccès, on a dirigé dans un autre sens les recherches thérapeutiques. C'est ainsi qu'on a eu recours à la *radiothérapie*. Les rayons X ne sont pas sans efficacité. Nous pouvons citer, par exemple, une guérison obtenue par Myers après 47 séances. Des expériences récentes d'Aubertin et Bordet, montrant qu'on peut détruire presque complètement le thymus sans léser les autres organes thoraciques, permettent de fonder quelque espoir sur cette méthode.

Mais la chirurgie du thymus vient de se placer au premier plan de l'actualité avec le remarquable mémoire de Veau et Olivier, les seuls chirurgiens français qui s'en soient occupés jusqu'à ce jour.

Dans ce travail, les auteurs relatent *in extenso* les 14 observations qui existaient dans la littérature étrangère. C'est d'après ces 14 cas et leurs 3 faits personnels qu'ils ont essayé d'établir les indications et la technique de l'intervention.

Indications opératoires.— Elles seront tirées de l'étude des symptômes que nous avons longuement analysés et que nous pouvons résumer ainsi :

Crises graves de suffocation sans cause apparente ;

Dyspnée permanente avec tirage ;

Stridor accompagné de crises de suffocation ;

Stridor avec signes physiques d'hypertrophie du thymus ;

Masse supra-sternale surtout apparente lors de l'expiration et des efforts de toux ;

Matité au niveau du manubrium ;

Ombre thymique manifeste à la radioscopie.

Choix du procédé opératoire.— Trois opérations ont été proposées.

L'exothymopexie, consistant dans le relèvement et la fixation haute du thymus, est rejetée d'une façon absolue par Veau et Olivier.

La *résection du manubrium sternal* est considérée par ces auteurs comme une complication inutile et dangereuse.

La *thymectomie* paraît être le seul traitement rationnel des accidents dus à l'hypertrophie du thymus. La question se pose de savoir si elle doit être totale ou partielle, car l'ablation totale de la glande pourrait avoir des suites fâcheuses ; mais, en réalité, toute thymectomie reste forcément incomplète. Par prudence cependant, on la fera toujours *sub-totale*. D'ailleurs d'Œlsnitz et Prat ont bien mis en évidence la disparition des symptômes après excision d'une très minime partie de la glande. On la fera aussi *sous-capsulaire*, l'énucléation étant ainsi presque spontanée et dénuée de tout danger.

Technique opératoire.— Elle est fort simple et parfaitement réglée. Incision médiane et verticale de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, de l'aponévrose cervicale superficielle. Avec des écarteurs, récliner cette aponévrose et les muscles sterno-thyroïdiens. Effondrer à la sonde ou inciser la lame fibreuse qui recouvre le thymus.

La glande s'énuclée en quelque sorte d'elle-même ; on la fixe avec une pince de Kocher, puis on la libère. Enlever d'abord le lobe gauche, plus apparent, puis le droit. Il n'y a pas à craindre de tout enlever. Fermer la cavité, ainsi produite par suture des sterno-thyroïdiens et rapprochement des sterno-cléido-mastoidiens. Suture de la peau aux crins de Florence, sans drainage.

L'*anesthésie* mérite une mention spéciale, puisque l'hypertrophie thymique a été incriminée dans un certain nombre d'accidents mortels survenus sous le chloroforme ou tout autre anesthésique. Lenormant recommande de ne jamais recourir à l'anesthésie générale chez les individus à gros thymus. Or, tous les opérateurs, sauf un, ont endormi leurs petits patients, sans le moindre incident. Il est bon cependant d'être prévenu du danger. La question n'est pas encore élucidée, malgré la thèse récente d'Audebert.

Résultats.— Les résultats immédiats sont encourageants. Sur les 17 cas connus, deux se sont terminés par la mort, celui de Murphy, qui avait réséqué le manubrium et celui de Jackson, dont l'opération avait été trop tardive. Quant aux résultats éloignés, il est encore trop tôt pour les juger.

On peut dès maintenant considérer la thymectomie sub-totale sous-capsulaire comme ayant fait ses preuves et comme appelée à devenir une opération courante. Aux cas précédents vient tout récemment de s'ajouter un succès de d'Œlsnitz et Prat.

***

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME DES ACCIDENTS.— Nous avons, à propos des accès de suffocation et du stridor, discuté la pathogénie de chacun de ces deux symptômes en particulier. Nous exposerons maintenant les théories émises sur le mécanisme des accidents liés, à proprement parler, à l'hypertrophie du thymus, théories bien insuffisantes en raison de l'imprécision de nos connaissances physiologiques.

L'explication la plus simple des troubles respiratoires est évidemment la compression de la trachée. La plupart des observations signalées se bornent à cette compression sans insister.

Parmi celles que nous avons relevées, la première de Barbier est seule précise à cet égard : il existe en arrière du manubrium un aplatissement de la trachée perceptible à la vue et au toucher, et une déviation en S ; de plus, les anneaux sont ramollis à ce niveau.

Mais, comment ne pas être frappé tout de suite de la disproportion entre la gravité et la rapidité des accidents et la faible sténose trachéale constatée ? Faut-il admettre

que la trachée, très souple, reprend vite sa forme normale, dès qu'à l'autopsie on a enlevé le thymus ? C'est une façon commode d'expliquer les cas où l'observation relate que la trachée est indemne de toute lésion (Marfan, Bonnet, Cassoute et Eiglier). Il est donc incontestable que la théorie de la compression trachéale ne répond pas, à beaucoup près, à tous les cas.

C'est alors qu'on admis la possibilité d'une *compression indirecte de la trachée* par l'intermédiaire d'un vaisseau, par le tronc trachéo-céphalique, par exemple, comme dans l'observation V de Barbier.

Rappelons encore l'hypothèse, émise par Barbier, de la *compression par rétrécissement de l'anneau sterno-costo-vertébral* dans lequel le thymus s'enfoncerait comme un coin, lors de l'expiration et des mouvements d'extension de la tête.

La possibilité de la *compression des nerfs* en rapport avec le thymus n'est pas douteuse, ainsi qu'il résulte des recherches de Rieffel et Le Mée : chez deux nourrissons morts subitement, ces auteurs ont constaté l'exagération des rapports normaux du thymus avec les phréniques. De même Robinson attache une grosse importance à ce rapport, et pour lui, la mort subite chez le nouveau-né et dans l'anesthésie chloroformique serait due à une paralysie diaphragmatique connexe avec celle du nerf vague. Dans l'observation de Méry et Parturier, il est noté que le thymus recouvrait les nerfs phréniques auxquels le reliaient des adhérences.

Nous devons donc admettre, dans un certain nombre de cas, la réalité de la compression exercée par le thymus hypertrophié sur les organes voisins. Mais il reste alors à expliquer la cause de cette hypertrophie qui se révèle parfois si soudainement !

Comme, dans quelques cas, bien rares d'ailleurs, on note une brusque élévation de température avant la mort subite, on pourrait peut-être invoquer une infection.

L'étude des lésions du thymus constatées à l'autopsie ne paraît pas apporter beaucoup de lumière au débat.

La plupart du temps, les observations portent : congestion simple, ou bien : hyperplasie avec congestion (Marfan), hyperplasie simple avec tendance à l'éosinophilie (Marfan) ; d'autres fois : structure d'apparence normale (Bonnet).

Dans trois cas d'asthme de Richa-Kopp, Pedrazzini a constaté de la dégénérescence lacunaire du thymus : l'incision de l'un des lobes montrait des cavités pleines d'un liquide lactescent ou puriforme constitué par des éléments dissociés du thymus.

Mais, ce qui prouve que la lésion n'est pas tout, c'est l'observation de Tixier et Mlle Feldzer, où un gros thymus tuberculeux, en partie caséeux, ne s'était manifesté par aucun des symptômes habituels de l'hypertrophie thymique.

Peut-être les lésions constatées sur les autres organes pourraient-elles justifier l'une quelconque des théories émises ? Il ne le semble pas, car les viscères sont bien souvent indemnes, et les lésions de l'asphyxie, si fréquentes chez le nouveau-né, sont très inconstantes.

Ainsi donc, aucune des théories mécaniques n'est pleinement satisfaisante. De là, l'apparition de théories dyscrasiques qui nous ramènent à l'ancienne conception de Paltauf. Cet auteur insistait sur ce fait que, dans nombre de cas de mort subite chez l'enfant, on trouve non seulement une hypertrophie du thymus, mais une hypertrophie de la plupart des organes hématopoiétiques et lymphoïdes, ainsi qu'un certain degré d'aplasie cardio-aortique, d'adipose et d'anémie. L'hypertrophie du thymus ne serait donc qu'une manifestation d'un état lymphatico-thymique, *status lymphaticus*, lequel déterminerait une dyscrasie spéciale favorisant la mort subite. Cet état décrit par Paltauf peut, comme l'admet Marfan, s'observer chez des rachitiques, dans le premier âge. Mais il y a de nombreux cas de mort subite où ce syndrome fait défaut, d'autres où l'hypertrophie du thymus existait seule, d'autres enfin où celle-ci manque totalement. Ces cas que rien n'explique sont attribués par Svehla à une *hyperthymisation*, tout hypothétique en vérité, la sécrétion interne du thymus n'étant pas prouvée.

***

Après avoir étudié les accidents causés par l'hypertrophie du thymus, on ne peut pas ne pas être frappé de ce fait que des accidents de tous points identiques surviennent sans que l'autopsie montre la moindre lésion du thymus : ainsi la mort subite sans cause apparente, et sans aucune lésion ; ainsi la mort subite avec lésions des glandes vasculaires sanguines sans participation du thymus.

Il se pourrait fort que l'hypertrophie thymique comptât pour peu de chose dans la genèse des accidents dont on l'accuse, et qu'il s'agît simplement d'un phénomène contingent relevant d'une cause générale qui engendrerait à la fois les troubles attribués à l'hypertrophie du thymus et cette hypertrophie elle-même.

Cela n'enlèverait d'ailleurs rien à la valeur de l'intervention chirurgicale qui, dans un certain nombre de cas à préciser, pourra sauver les petits malades.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie de la question dans la Revue générale de LENORMANT, *Journal de Chirurgie*, juin 1909, et dans le mémoire de VEAU et OLIVIER, Chirurgie du thymus, *Archives de médecine des enfants*, novembre 1909.

Nous ne donnons ci-dessous que la bibliographie de l'année courante.

AUBERTIN et BARDET. — Action des rayons X sur le thymus. *Arch. des mal. du cœur des vaisseaux et du sang*, juin 1909.

AUDEBERT. — Rôle de la persistance du thymus dans la genèse de la syncope chloroformique. *Thèse de Paris*, mai 1909.

BARBIER. — Contribution à l'étude pathologique de l'hypertrophie du thymus. Tirage thymique permanent et déformations thoraciques. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 16 fév. 1909, et *Archives de méd. des Enf.*, nov. 1909.

BONNET. — Mort presque subite. Hypertrophie du thymus. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 26 janv. 1909, et *Pédiatrie pratique*, 15 mars 1909.

CASSOUTE et EIGLIER. — Asphyxie aiguë mortelle par hypertrophie du thymus chez un enfant de dix-huit jours. *Pédiatrie pratique* 15 fév. 1909, et *Marseille médical*, 15 janv. 1909.

COMBY. — Rev. générale in *Archives de Méd. des Enf.*, nov. 1909.

CRUCHET. — A propos de l'anatomie du thymus. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1er fév. 1909.

DURANTE. — Voir PLAUCHU : Goitres constrictifs causes de mort chez le nouveau-né. *Soc. obstétric. de France*, 7-8 octobre 1909.

GLEY. — Glande thyroïde et thymus. *C. R. Soc. de Biologie*, n° 22, 25 juin 1909.

HUTINEL. — A propos de l'hypertrophie du thymus et de la mort subite chez les nourrissons. *Bull. de la Soc. de Ped.*, 16 mars 1909.

HUTINEL et PAISSEAU. — Art. Stridor laryngé congénital. Spasme idiopathique de la glotte. *Les Maladies des Enfants*. t. IV. Asselin et Houzeau, Paris, 1909.

HUTINEL et TIXIER. — Maladies du thymus. *Ibid.*, t. II.

LUCIEN et PARISOT. — Modifications du poids de la thyroïde après la thymectomie. *C. R. Soc. de Biologie*, n° 9, 12 mars 1909.

LUCIEN et PARISOT. — La sécrétion interne du thymus. Rôle des corpuscules de Hassal. *Ibid.*, 6 août 1909.

LUND. — Zum mechanischen Thymustod. *Berlin. klin. Wochensch.*, 18 janv. 1909, n° 3, p. 111.

MARFAN. — Nouvelle forme de rétrécissement de la trachée par hypertrophie du thymus. Trachéo-sténose thymique chez un grand enfant au cours de la diphtérie. *Jou n. de méd. int.*, 10 avril 1909.

Marfan et Hallé. — Mort très rapide et imprévue chez un nourrisson atteint d'eczéma. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 16 mars 1909.

Méry et Parturier. — Un cas de dyspnée d'origine thymique avec un nouveau signe d'hypertrophie du thymus. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 16 fév. 1909.

Moizard. — L'hypertrophie et la chirurgie du thymus. *Journ. de méd. et de chir.*, 10 juin 1909 et *Arch. de Méd. des Enf.* 1er nov. 1909.

Moscoso. — Contribution à l'étude du stridor congénital des nourrissons. *Thèse de Paris*, 1908-09.

Nathan et Moscoso. — Un cas de stridor congénital. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 20 avril 1909.

D'Œlsnitz et Prat. — Hypertrophie du thymus. Accidents dyspnéiques graves. Opération. Guérison. *Bull.de la Soc. de Péd.*, 19 oct. 1909.

Rieffel et Le Mée. — Sur l'anatomie du thymus humain. *C. R. Acad. des Sciences*, 11 janv. 1909.

Robinson. — La mort subite des enfants « par le thymus » (thymus-tod) et dans l'anesthésie chloroformique. *La Clinique*, 1909, n° 10.

Sargnon, Boulloche et Robert.— Angine pseudo-membraneuse. Laryngostomie. Mort au seizième jour par hypertrophie du thymus. *Arch. de méd. des Enf.*, janv. 1909.

Terrien. — Stridor et respiration stridoreuse chez le nourrisson. *Journ. de méd. int.*, 10 août 1909.

Tixier et Mlle Feldzer. — Un cas de tuberculose du thymus chez un nourrisson. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 18 mai 1909.

Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier.— Un cas de stridor congénital avec autopsie (cornage laryngien vestibulaire de Variot). *Bull. de la Soc. de Péd*, 15 juin 1909.

Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier. — Mort imprévue chez un nourrisson hérédo-syphilitique. Lésions des glandes vasculaires sanguines. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 20 avril 1909.

Veau.— Chirurgie du thymus. *Bull. de la Soc.de Péd.*,16 mars 1909.

Veau et Olivier. — Ablation du thymus. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 15 juin 1909.

von Bokay. — Contribution à la pathogénie du stridor inspiratoire congénital. *Arch. de Méd. des Enf.*, juin 1909.

Weill, Péhu et Chalier. — Hypertrophie du thymus. *Bull. de la Soc. de Péd.*, 16 nov. 1909.

Worms et Pigache. — Etat histologique du thymus après la thyroïdectomie. *C. R.Soc. de Biologie*, 13 nov. 1909.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Dans quel cas est-on en droit de refuser l'appel d'un consultant ?

L'usage admis par l'unanimité des praticiens est qu'on ne doit pas refuser une consultation avec un confrère quel qu'il soit, à moins de griefs graves. A vrai dire, j'avoue qu'il est pourtant pénible pour un vieux médecin, ayant devers lui tout un passé de travail et d'expérience, de recourir à une consultation avec un confrère quelquefois très jeune, auquel son âge n'a pas permis d'acquérir une notoriété scientifique bien grande, et qui ne saura pas toujours garder la modestie qui serait de bon ton en pareille circonstance. Mais je fais abstraction de ce point de vue; et j'admets qu'il ne doit pas prévaloir sur les règles habituellement suivies. Je ne veux envisager qu'un cas tout particulier, que je soumets, du reste, à l'appréciation de mes confrères.

Voici le fait. Je donnais mes soins à un client depuis quinze ans, et il m'avait toujours manifesté la plus grande confiance. Sujet à des accès de neurasthénie caractérisés par des algies disséminées que, dans son imagination, il transformait en lésions graves suivant le siège, il fut atteint dernièrement d'accès de mélancolie anxieuse avec phobies, idées de mort, spasmes laryngés. Je conseillais l'internement provisoire dans un asile, en raison des ressources pécuniaires de la famille, qui ne permettaient pas la mise en observation dans une maison de santé privée. Je déclarais à la famille que cette mesure était indispensable au point de vue de l'isolement du malade, que je voulais soustraire à la sentimentalité exagérée de sa femme, absolument nuisible au traitement moral de ces accès, aussi bien qu'au point de vue de la sécurité du malade et de son entourage. Ma conduite était rationnelle ; elle était basée sur une connaissance de l'état pathologique habituel de l'individu, beaucoup plus complète que n'aurait pu l'avoir un médecin appelé passagèrement. Aussi n'avait-on pas cru utile de demander une consultation que moi-même je ne croyais pas nécessaire. Quel ne fut pas mon étonnement quand un soir, la femme de mon client vint me déclarer que des personnes charitables qui lui venaient en aide lui avaient dit qu'elles lui enverraient leur médecin habituel. Elle ajoutait qu'elle n'aurait jamais songé à une consultation, mais qu'elle ne pouvait refuser cette proposition dans la crainte de froisser ses amis. Voici quelle fut ma réponse.

« Si vous m'aviez manifesté le désir d'appeler un con-« sultant et que vous m'en eussiez laissé le choix, j'au-« rais accédé volontiers à votre demande, et désigné un « de mes confrères des hôpitaux ayant fait une étude « spéciale de ces affections. Mais je ne puis consentir à ce « que des tierces personnes, que je ne connais pas et qui « ne me connaissent pas non plus, viennent mettre en « suspicion ma valeur professionnelle, et m'imposent un « consultant de leur choix, que rien ne justifie du reste. « Je refuse donc la consultation qu'on vous propose, et, « pour vous rendre toute liberté d'action, je me retire, vous « laissant libre d'appeler le confrère imposé, lequel, s'il a « le respect de la dignité professionnelle, refusera certai-« nement d'accéder au désir de vos amis. »

Je crois qu'en pareil cas, telle est la conduite qu'on doit suivre. Et j'en donne les raisons.

Accepter une consultation imposée par une personne étrangère à la famille serait ouvrir la porte aux pires abus. Aujourd'hui, j'ai eu affaire à des âmes charitables ; demain vous verrez vous imposer un consultant conseillé par le voisin, par un fournisseur quelconque, par le pharmacien ou l'herboriste, quand ce ne sera pas le candidat préféré d'un concierge, car nous savons tous combien tous les donneurs de conseils sont prompts à déclarer que vous n'entendez rien à la maladie en cause ; que le confrère X ou Y est beaucoup plus expérimenté à ce sujet. J'ajoute que si un médecin consentait dans ces conditions à visiter le malade, il manquerait à la dignité professionnelle, parce que ce geste le ferait descendre au rang des fournisseurs dont la clientèle se recrute dans les loges des concierges ou les boutiques de la rue. Gardons-nous du racolage, si nous ne voulons pas tomber dans ce que j'appellerai « la prostitution médicale ». A. Demmler.

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau mode d'administration du mercure.

Les pastilles sus-préputiales.

Par G. Milian.

L'administration du mercure rencontre dans la pratique de multiples difficultés. Les pilules et la liqueur de Van Swieten délabrent le tube digestif ; les injections finissent par endolorir les fesses et à rendre le sujet hyperex-

citable ; les frictions sont sales et ne peuvent être acceptées de ceux qui réclament un traitement discret ; et souvent chez un vieux syphilitique, on se demande comment faire accepter la médication.

La *voie d'introduction du médicament* n'est pas non plus indifférente : à doses égales, le mercure agit mieux par injections intramusculaires que *ab ingestis* et mieux par injections intraveineuses que par injections intramusculaires.

C'est là d'ailleurs un fait très général de la pharmacodynamie comme de la biobactériologie.

Il n'est donc pas indifférent, pour cette double raison, de connaître une porte d'entrée de plus pour l'introduction du mercure dans l'organisme.

Carnot (1), rajeunissant les méthodes d'inhalation et utilisant le remarquable facilité de résorption de la muqueuse respiratoire vis-à-vis des liquides, a recommandé il y a quelques années la *voie trachéale*. L'absorption est si rapide à ce niveau que l'on peut injecter dans la trachée d'un cheval 2 litres d'eau à l'heure sans déterminer d'accidents ; chez le lapin, 40 cc. par kilogr. et par heure (Bouchard), ce qui représente environ 2 litres 1/2 par heure pour un homme normal.

Malheureusement, cette méthode, excellente entre les mains d'un médecin habile, ne peut être utilisée par le malade lui-même et constitue ainsi un procédé d'exception. M. le professeur Audry (2) a employé des suppositoires d'huile grise au beurre de cacao par la voie rectale et s'en est fort bien trouvé, particulièrement en présence de plaques muqueuses et de syphilides de la région anale.

La *voie nasale* a été également préconisée par le Suédois Cronquist qui y introduit de l'onguent napolitain et par Eyssell (3), qui insuffle de la poudre de calomel mêlée à parties égales avec du sucre en poudre, obtenant de la sorte la disparition d'accidents syphilitiques à distance aussi bien que la guérison si difficile du coryza des enfants hérédo-syphilitiques.

Nous avons eu la pensée d'utiliser la *muqueuse glandaire* ou *voie sous-préputiale*, et nous croyons qu'il s'agit là d'un mode d'administration du mercure à la fois simple discret, efficace, et pratique. Ce procédé pourrait sans doute être utilisé pour le traitement d'autres maladies que la syphilis, en particulier pour le traitement des diverses adénopathies inguinales et pour l'absorption de bien des médicaments intolérés par le tube digestif.

***

Mode d'application.

Lorsqu'on abandonne de l'onguent napolitain sous le prépuce, le mercure est progressivement absorbé, car on le retrouve assez vite dans l'urine. Mais cette manière de faire n'est pas entièrement pratique : le dosage de la quantité de mercure n'est pas facile pour le patient qui doit puiser chaque jour dans son pot de pommade et juger approximativement la quantité nécessaire.

La préparation de petites capsules compliquerait l'administration, car il faudrait les déchirer au moment de s'en servir, au lieu de les appliquer purement et simplement, La présence d'une capsule compromettrait le dosage car la moitié de l'onguent y resterait adhérent.

Le problème se résout facilement si l'on incorpore l'onguent napolitain à du beurre de cacao.

M. Duret m'a ainsi fabriqué de petites pastilles de la forme et de la dimension d'une lentille à une pièce de 0 fr. 20 centimes dans laquelle il entre quatre, six, huit centigrammes d'onguent napolitain ce qui correspond à 1, 2,3, 4 centigrammes de mercure.

Ces pastilles sont de consistance ferme et peuvent se mettre en boîtes. Elles n'ont pas de tendance à s'agglutiner si elles sont conservées au frais.

On peut les prescrire :

Onguent napolitain............. 4 centig.
Beurre de cacao.................. Q. s. 1

pour une pastille de la dimension d'une lentille.

Au moment de s'en servir le patient enlève le prépuce très en arrière du sillon balano-préputial, abandonne une pastille dans le sillon et rabat le prépuce sur le gland.

La pastille fond rapidement à la chaleur de l'endroit et le gland, comme la face interne du prépuce, sont très vite enduits en totalité du médicament à absorber.

On peut encore leur donner la forme de petits boudins qu'on abandonne dans le fond du sillon balano préputial parallèlement à lui.

La quantité de liquide produite par la fusion du beurre de cacao est insuffisante pour déborder et salir le linge.

Très rapidement d'ailleurs, l'absorption se fait, car au bout de 4 heures environ, le gland n'a plus du tout l'aspect mouillé ; il est seulement un peu moite au toucher.

***

Physiologie pathologique.— L'absorption du mercure par la voie glandaire est indéniable. Elle se fait même rapidement, comme en témoigne le passage dans les urines au bout de quelques heures.

Cela n'a rien qui doive surprendre. Si l'on discute sur l'absorption des médicaments par la peau, on est d'accord pour la considérer comme positive et elle est démontrée positive dans le cas où ces médicaments sont incorporés à des corps gras, à l'axonge en particulier.

Or si la peau recouverte de son épiderme corné absorbe, cela est encore plus vrai pour la muqueuse dermo-papillaire qui tapisse le gland et qui est, par définition, dépourvue de couche cornée.

Il n'y a pour ainsi dire pas d'obstacle entre le mercure déposé à la surface de la muqueuse du gland et les espaces intercellulaires de l'épithélium qui conduisent tout droit le médicament au derme superficiel et à ses papilles. Chacun connaît d'ailleurs le pouvoir d'absorption considérable des muqueuses en général. Et nous rappelions plus haut celui de la trachée.

Sous l'épithélium existent en outre deux systèmes qui favorisent au plus haut point la rapidité et l'abondance de l'absorption : un *réseau lymphatique* d'une extraordinaire richesse et un système considérable de dilatations veineuses qui remplissent les aréoles du gland. Le réseau lymphatique est double, il en existe un réseau à fines mailles dans le derme de la muqueuse.

Tous deux se rendent par le lymphatique dorsal de la verge aux ganglions du groupe interne de l'aine.

Les vaisseaux veineux sous forme de cavités sont en quantité énorme dans toute l'épaisseur du gland.

C'est que le gland est, comme on sait, une formation érectile non pas constituée d'un véritable tissu caverneux à artères hélicines mais d'un réseau veineux abondant répandu dans les alvéoles et origines de la veine dorsale de la verge. C'est une véritable éponge veineuse.

(1) Carnot.— Les injections intra trachéales de mercure dans le traitement de la syphilis. *Presse médicale*, 19 novembre 1902, p. 1108.
(2) Voir Docteur Fricou : *Thèse de Toulouse*, 1908.
(3) Eysell. — *Munchener med., Woch.*, 16 juillet 1908.

Une autre circonstance favorise également l'absorption, c'est la *chaleur de la région*, entretenue par les poils, les vêtements et la couverture préputiale qui, en outre, s'oppose à l'évaporation.

Enfin l'incorporation de *l'onguent au beurre de cacao* semble favoriser l'absorption, car cet excipient paraît à ce point de vue supérieur à l'axonge qui pourtant facilite la pénétration de nombreux médicaments.

Les *avantages* de cette méthode d'absorption sont nombreux, c'est une méthode propre et simple et par suite pratique. Elle n'amène, contrairement à ce qu'on pourrait croire et malgré des cures prolongées et répétées, aucune irritation LOCALE. Depuis un an que j'emploie ce mode de traitement et chez une quarantaine de malades, je n'ai pas encore constaté d'accidents locaux d'irritation. Prépuce et gland montrent une tolérance parfaite à l'égard des pastilles mercurielles au beurre de cacao.

On peut parfaitement doser le mercure introduit, puisque les pastilles sont elles-mêmes dosées et peuvent être absorbées en totalité.

L'activité à distance du médicament est certainement grande. J'ai pu guérir par ce procédé une gomme syphilitique de la jambe, une céphalée, une syphilide ulcéreuse de la lèvre.

L'*action locale* est des plus remarquables. C'est le traitement de choix des syphilides de la verge si souvent rebelles.

J'ai ainsi guéri une syphilide ulcéreuse profonde du gland et du sillon balano-préputial en dehors de tout autre traitement.

C'est là évidemment une méthode à appliquer seule ou concurremment aux autres dans le cas de chancre syphilitique de la verge, particulièrement des chancres avec phimosis produisant la verge en battant de cloche ; des plaques muqueuses du gland ; des adénopathies inguinales rebelles, etc.

Elle pourrait en outre servir comme préventif de la syphilis au même titre que la pommade au calomel de Metchnikoff pour la désinfection du gland et du sillon balano-préputial, siège habituel du chancre syphilitique.

Au point de vue de la *cure générale* de la syphilis, cette méthode me paraît présenter encore un autre intérêt.

Elle suit, en effet, le virus à la piste puisqu'elle passe par les mêmes chemins que lui. Elle attaque directement le foyer du chancre qui reste longtemps, même après cicatrisation, le point de départ de nouvelles incursions du tréponème, et presque directement aussi les ganglions inguinaux où il se réfugie et pullule longtemps encore, double fait que prouvent, d'une part, l'induration longtemps persistante du chancre et d'autre part l'hypertrophie durable des ganglions inguinaux. C'est un procédé d'injection naturelle des lympathiques de la verge.

***

Les *inconvénients* de la méthode sont nuls.

On peut cependant lui faire une objection sérieuse, c'est qu'elle est inapplicable chez la femme et chez ceux qui n'ont pas de prépuce.

Chez ces derniers, il serait peut être possible de suppléer à l'absence de prépuce par l'emploi d'un condom approprié, la friction du gland avec un crayon.

REVUE DES JOURNAUX

Les injections péritronculaires autour du nerf maxillaire supérieur.

Pour atteindre les branches qui s'épanouissent au niveau du trou sous-orbitaire, voici la technique recommandée par le Dr Chevrier.

Priant le malade de serrer fortement les dents, je marque de l'index le point où le masséter commence à s'insérer sur la *pommette*. Sur la ligne unissant ce point au sillon qui marque la *limite supérieure de l'aile du nez*, et *un peu en dedans du milieu de cette ligne*, j'enfonce mon aiguille. Celle-ci va être poussée en haut, en arrière et en dehors, mais suivant une orientation précise et non pas au hasard: dans le sens transversal, l'aiguille est inclinée de telle façon que sa direction, ou l'axe de la seringue qui la prolonge, vienne *couper le milieu de la bouche* ; dans le sens antéro-postérieur, son inclinaison doit être telle qu'elle fasse avec les tissus *un angle que j'évalue à* 20°, en moyenne ; en pratique, j'estime à l'*épaisseur d'un doigt* la distance qui doit séparer la seringue de la lèvre supérieure sur la ligne médiane. En donnant d'avance à l'aiguille l'orientation déterminée par les règles précédentes, il m'est arrivé maintes fois de pénétrer du premier coup, sans hésitation et sans recherche aucune, dans le canal sous-orbitaire .

Pour atteindre le *tronc* du nerf maxillaire supérieur voici le procédé :

En regardant l'orbite de face, sur un crâne, j'ai été frappé du fait qu'on n'ait pas songé depuis longtemps à *emprunter la fente sphéno-maxillaire* pour aborder le nerf maxillaire supérieur ; elle est à la limite supérieure de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire et laisse apercevoir à son extrémité postéro-interne *le trou grand rond*, par lequel le nerf sort du crâne. Sous la membrane fibreuse qui ferme cette fente sur le vivant, séparant complètement l'orbite de l'arrière-fond de la fente ptérygo-maxillaire, le nerf maxillaire supérieur donne la plupart de ses branches collatérales, dont les nerfs palatins, les rameaux dentaires postérieurs, et le filet orbito-lacrymal, avant d'entrer dans la gouttière sous-orbitaire ; *il s'offre pour ainsi dire à nu tout entier* à un instrument qui perforerait la membrane en passant par l'orbite. L'artère maxillaire interne est au-dessous de lui à petite distance de la membrane sphéno-maxillaire.

Si l'aiguille pénètre dans la fente *par la partie externe* la plus large, elle est assez éloignée du nerf, elle doit de préférence perforer la membrane sphéno-maxillaire *près de la gouttière sous-orbitaire*. Arriver à ce point précis à un ou deux millimètres près, en passant par l'orbite, est chose enfantine et sans danger.

Après avoir exploré le pourtour osseux inférieur et externe de l'orbite, très facile à sentir, faire pénétrer l'aiguille dans la peau *à* 10 *ou* 12 *millimètres en dedans de l'angle inféro-externe* arrondi, suivant qu'on voudra atteindre la région des nerfs dentaires postérieurs, ou le tronc du nerf maxillaire supérieur lui-même. L'aiguille doit évoluer constamment *dans un plan antéro-postérieur* : on est fixé exactement sur sa direction par l'*orifice de son* pavillon qui doit toujours regarder directement en avant. L'aiguille suivra exactement de la pointe le plancher osseux de l'orbite. Comme celui-ci est descendant près du pourtour antérieur, elle sera d'abord oblique en bas et en arrière ; à mesure qu'elle s'enfonce au contact du plancher osseux, elle devient plus horizontale.

A un moment donné, quand elle est entrée d'une longueur que je ne veux pas préciser, car elle n'a aucune importance, le sol osseux semble lui manquer, et le doigt qui la pousse sent qu'elle pénètre en tissus mous : elle vient de traverser la membrane sphéno-maxillaire, il suffit de pousser le liquide, il ira fatalement entourer le nez. (CHEVRIER : *Bulletin médical*, 27 novembre 1909, p. 1071.)

Sur un cas de pleurésie purulente médiastine.

Une femme, jusque-là bien portante, est amenée à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie gauche datant d'une semaine environ. D'emblée, on est frappé de l'intensité de la dyspnée alors que l'épanchement paraît peu abondant. On fait, cependant, une thoracentèse qui ne ramène que quelques gouttes de liquide sé-

reux. Puis on remarque que le cœur, malgré l'absence presque complète de liquide épanché, est fortement dévié à droite. C'est donc vraisemblablement que le liquide, rare dans la grande cavité pleurale, est plus abondant et enkysté dans la région médiastine. Telle est la première étape du diagnostic.

Sur cette base on se livre à de nouvelles recherches. On étudie attentivement l'évolution des signes physiques. Bien qu'ils soient un peu compliqués par l'adjonction de phénomènes pulmonaires, cependant on voit peu à peu ces signes se localiser en arrière, tout contre le rachis, et en avant au niveau du sternum et de la région parasternale gauche.

En même temps, des examens radioscopiques successifs donnent des résultats concordants. Au milieu de l'obscurcissement général de l'hémithorax gauche, respectant seulement le sommet on voit apparaître une ombre plus noire visible seulement d'abord en avant, au contact du cœur refoulé, puis à la fois en avant et en arrière dans le médiastin.

Enfin la nature de l'épanchement, restée pendant quelques jours indéterminée, ne tarde pas à se déceler. Une petite vomique, suivie d'une expectoration fractionnée qui devient bientôt fétide, en indique la nature purulente, si bien que c'est avec la presque certitude de retirer du pus que l'on pratique en dernière analyse une ponction exploratrice, destinée à servir de guide à l'intervention chirurgicale. Celle-ci confirme intégralement le diagnostic.

Notre malade n'a présenté ni dysphagie, ni tirage, ni cornage. Elle n'avait pas davantage de toux coqueluchoïde, ni de circulation veineuse collatérale. C'est que c'est là surtout le syndrome médiastinal postérieur, et il y a *plusieurs syndromes médiastinaux.*

Ainsi que l'a montré l'examen radioscopique, il s'est agi dans notre cas d'une pleurésie médiastine d'abord antérieure, qui a gagné secondairement le médiastin postérieur. Or le grand signe de la localisation antérieure, c'est, comme l'ont indiqué successivement Grancher, Duplant, Lafforgue, la déviation du cœur. Ce fut, dans notre cas, le signe capital qui mit sur la voie du diagnostic. Pourquoi, lorsque le médiastin postérieur fut envahi, ne vîmes-nous pas apparaître au complet le « syndrome médiastinal de Dieulafoy » ? C'est ce que nous saurions expliquer d'une façon précise. Mais les signes physiques y étaient, puisqu'ils amenèrent à faire une ponction exploratrice en arrière.

La variabilité des symptômes suivant les cas tient sans doute en grande partie à la disposition même du foyer enkysté et à son mode d'évolution. Il est clair que dans notre cas la position du problème était tout autre que dans ceux de Dieulafoy. Nous n'avions pas à faire le diagnostic d'une affection simulant une tumeur du médiastin, mais celui d'une affection fébrile aiguë à siège thoracique. Le péricarde ne pouvait être mis en cause. L'enkystement interlobaire expliquait moins bien les troubles cardiaques et le refoulement de l'organe qu'un enkystement médiastinal, et la radioscopie levait tous les doutes.

Il nous resterait à chercher quel a été l'agent infectieux. Pour Dieulafoy, la pleurésie médiastine suppurée est le plus souvent primitive et il croit que le pneumocoque en est l'agent presque exclusif : d'où l'importance très grande qu'il attache à la recherche de la séro-agglutination pneumococcique. Le bacille de Koch a été parfois incriminé. Dans un cas de Bonnet, cité par Duplant, il s'agissait d'une pleurésie à streptocoques. Enfin dans un cas de Fernet, on avait affaire à une pleurésie putride.

Il en était vraisemblablement de même dans le nôtre. La présence de quelques pneumocoques dans les crachats, où ils sont constants, n'a pas grande signification. Le bacille de Koch était absent. Par contre, le pus renfermait une véritable purée de bacilles, parmi lesquels plusieurs espèces anaérobies, ainsi qu'en témoignent les cultures qu'a bien voulu faire M. le Dr L. Thévenot, dans le laboratoire du professeur Arloing. C'est à ces anaérobies qu'était due sans doute l'odeur fétide du pus et de l'expectoration, et, s'il est possible que la pleurésie ait été due primitivement au pneumocoque, il s'est fait assurément plus tard des associations polymicrobiennes. (J. Mollard et Rebattu, *Journal des Praticiens*, 27 nov. 1909, p. 771.)

De la multiplicité des lésions et des symptômes de la soi-disant poliomyélite antérieure aiguë épidémique.

La symptomatologie de la poliomyélite antérieure aiguë épidémique s'éloigne notablement de celle de la poliomyélite antérieure aiguë classique. Un certain nombre de symptômes indiquent expressément que l'affection n'atteint pas seulement la moelle épinière, mais qu'elle s'étend au tronc encéphalique et même qu'elle n'épargne pas les hémisphères cérébraux eux-mêmes. Lorsque la maladie est localisée à la moelle, elle paraît rarement se limiter à l'axe gris ; la participation des méninges, des faisceaux blancs au processus morbide, explique la richesse et la variabilité des manifestations morbides.

On remarque la fréquence des paralysies des nerfs craniens, du pneumo-gastrique et du nerf spinal. C'est à la participation de ces deux derniers nerfs qu'est due la mortalité très élevée de ces poliomyélites épidémiques. Parfois se manifestent des phénomènes qui traduisent la souffrance des hémisphères cérébraux ou du cervelet, nous voulons parler des hémiplégies avec participation de la face signalées par MM. Neurath, Zappert, Hochhaus, de l'aplasie, comme dans une observation de M. Netter, de l'ataxie, dont les caractères, ainsi que le fait remarquer M. P. Krause, rappellent de très près l'incoordination cérébelleuse.

Enfin, l'existence de troubles intenses de la sensibilité subjective, sous forme de douleurs irradiant sur le trajet des troncs nerveux des membres, ou de la sensibilité objective déterminant une anesthésie très marquée des membres inférieurs pendant plusieurs semaines, traduisent, à n'en pas douter, une atteinte des nerfs périphériques, des racines rachidiennes ou des cornes postérieures.

Si l'on ajoute à cela que, dans un grand nombre de cas où la paralysie a été très prononcée, on a pu voir s'établir une guérison complète sans amyotrophie consécutive, on ne peut qu'être frappé des différences qui séparent la symptomatologie des soi-disant poliomyélites épidémiques d'avec la poliomyélite antérieure aiguë classique, telle que nous l'ont fait connaître les travaux de Heine, Rillet et Barthez, Duchenne de Boulogne, Charcot et Joffroy, M. Pierre-Marie.

Tient-on à examiner les lésions du système nerveux que présentent les sujets qui ont succombé à la poliomyélite épidémique, on s'aperçoit que, sur le terrain de l'anatomie pathologique, les divergences ne sont pas moins accusées.

C'est à MM. Harbitz et Scheel que nous devons le travail le plus complet sur cette question. Dans 17 cas de poliomyélite aiguë ayant trait à 10 enfants de un à onze ans et à 7 adultes, dont l'âge varie de dix-huit à trente-huit ans, ces auteurs ont constaté des altérations diffuses de l'axe cérébro-spinal. Mais dans aucun cas l'inflammation ne se bornait à la substance grise ; dans les cordons, surtout dans les faisceaux antérolatéraux, les vaisseaux dilatés étaient entourés d'éléments cellulaires analogues à ceux qui infiltraient la substance grise. La moelle allongée, la protubérance, la partie basale du cerveau étaient le siège d'un processus identique dans les formes à évolution rapide.

Dans certains cas, l'inflammation se propageait même au cervelet, surtout dans les parties de cet organe les plus rapprochées du tissu cérébral : les pédoncules, le vermis inférieur, les noyaux dentelés, la lingula et le voile médullaire antérieur.

Enfin, dans 11 faits, MM. Harbitz et Scheel ont pu mettre en évidence une infiltration cellulaire dans les circonvolutions qui entourent la vallée de Sylvius.

Les méninges participaient toujours au processus inflammatoire et paraissaient très altérées, surtout au niveau des régions où l'inflammation de l'axe cérébro-spinal était accentué.

La soi-disant poliomyélite antérieure aiguë épidémique ne saurait être considérée, à l'heure actuelle, comme une entité morbide définie et, en réalité, les maladies inflammatoires du système nerveux et de ses enveloppes : polio-encéphalites simples ou hémorrhagiques, encéphalites diffuses, myélites diffuses, méningo-myélites, méningo-radiculites, polynévrites, ont été rangées à tort sous cette dénomination. (J. Lhermite, *Semaine médicale*, 24 novembre 1909, nº 47, p. 553.)

Traitement des fractures du crâne.

Il faut tout d'abord immobiliser le thorax et nous atteindrons ce but en appliquant un bandage de corps en flanelle, doublé d'ouate et convenablement serré. On s'est beaucoup servi et on

se sert encore de larges bandes de diachylon. L'immobilisation obtenue par ce procédé est certainement plus rigoureuse que celle que l'on obtient au moyen d'un bandage de corps. Mais le diachylon a l'inconvénient d'adhérer aux poils ; il faut, avant de l'appliquer, raser toute la région. Beaucoup de malades ne supportent qu'avec gêne un pareil bandage, et il n'est pas rare d'observer, quand on l'enlève, des érosions cutanées. D'autre part, le bandage de corps a l'avantage de pouvoir être enlevé plus facilement et permet d'appliquer des ventouses, de faire de la révulsion si des complications pleuro-pulmonaires surviennent.

Une pneumonie thoracique est à craindre dans le cas présent. L'infection se faisant par voie respiratoire, nous recommanderons à notre malade des lavages fréquents de la bouche, des gargarismes, des inhalations d'eucalyptus. (Quénu. *Journal des Praticiens*, 27 nov., 1909, p. 771.) Dr Francis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 novembre 1909.

Vaccination antituberculeuse chez le bœuf. — ***M. S. Arloing*** emploie comme vaccins des races fixes de bacilles de souche humaine, ou de préférence bovine, modifiées par accoutumance à vivre dans la profondeur du bouillon à des températures particulières. Ces bacilles possèdent un certain nombre des propriétés des bacilles de Koch ordinaires, mais sont incapables de déterminer des lésions tuberculeuses appréciables sur les jeunes bovins, et sont sans danger pour le vaccinateur.

Au point de vue des résultats, la vaccination par la voie veineuse se place en première ligne (75 % de succès) ; vient ensuite le procédé par ingestion (50 % de succès) ; enfin, en troisième lieu, l'inoculation sous-cutanée (10 % de succès, et 73 % de succès partiels).

Il est néanmoins telle circonstance qui déterminera le choix du procédé en dehors du classement ci-dessus.

La persistance de l'immunité a été constatée 14 à 22 mois après la première inoculation ; on peut la prolonger par des inoculations sous-cutanées absolument inoffensives.

Etudes sur le cancer des souris. Relations entre la greffe de tumeur, la gestation et la lactation. — MM. ***L. Cuénot*** et ***L. Mercier*** ont cherché à établir le déterminisme exact de l'immunité relative des souris femelles pour la greffe cancéreuse. Ils ont constaté : 1° qu'une greffe mise en place avant la fécondation d'une femelle porte-greffe se développe pendant la gestation ; 2° que la greffe développée dans les conditions ci-dessus régresse pendant la lactation.

Celle-ci agit par un phénomène de compensation nutritive résultant de la concurrence vasculaire des glandes mammaires. Ce qui le prouve, c'est que si la portée ne comprend qu'un petit et que l'activité de la glande mammaire est ainsi réduite au minimum, la tumeur ne regresse pas. De plus, la tumeur continue également à croître, quel que soit le nombre de petits, quand elle a une situation telle que sa vascularisation est tout à fait indépendante de celle de la glande mammaire. De plus, 3 souris ayant résorbé leur tumeur à la suite de la lactation, se sont montrées réfractaires à une nouvelle inoculation, mais les jeunes issus de telles mères ne se sont pas montrés immunisés.

La transmission de la paralysie infantile au chimpanzé. — MM. ***Levaditi*** et ***Landsteiner*** ont réussi à engendrer la poliomyélite typique chez un chimpanzé en lui inoculant dans le péritoine une émulsion de moelle épinière prélevée chez un enfant atteint de paralysie infantile. Ils ont pu également la transmettre en série aux singes inférieurs. L'agent pathogène semble se localiser de préférence dans les cellules nerveuses dont il provoque la destruction ; ces cellules, une fois dégénérées, deviennent la proie des phagocytes, qui achèvent leur anéantissement. Il y a là une analogie frappante entre les lésions de la poliomyélite expérimentale et celle de la rage des rues. Mme Phisalix.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 novembre 1909.

Rôle pathogène du Proteus dans les infections alimentaires. Association microbienne protéo-typhique. — M. ***H. Vincent*** a pu isoler le Proteus, en grande abondance, dans les déjections et les vomissements de deux malades ayant eu des phénomènes graves à la suite d'ingestion de charcuterie avariée. Il l'a également constaté dans les selles d'individus ayant eu une forte indigestion après avoir mangé de la salade ou du pâté de foie faisandé.

Il ne semble pas douteux que ces accidents se rattachent à la multiplication du Proteus dans le tube digestif plutôt qu'à l'intoxication par les toxines existant déjà dans les aliments. Normalement rare dans l'intestin de l'homme, ce microbe s'y introduit par l'intermédiaire d'aliments souillés par les mains, les manches, les récipients, les poussières. Certains accidents digestifs, rapportés parfois au botulisme ou à une infection paratyphique, relèvent du Proteus. — Il peut d'ailleurs intervenir, comme agent associé : M. Vincent a observé un cas d'infection mixte protéo-typhique.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. ***Vaillard***, répondant à la communication antérieure de M. Delorme (*Progrès médical*, n° du 27 novembre) soutient qu'il convient d'étendre les mesures de prophylaxie tout à la fois aux *porteurs de bacilles* et aux eaux potables. Il demande la création en France de stations bactériologiques chargées de ces recherches chez les présumés porteurs de germes.

Sur l'épuration des eaux d'égout par les lits bactériens. — M. ***Pottevin***.

Le rayonnement ultrapénétrant du radium en gynécologie. — M. ***Chéron***. Benjamin Bord.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 décembre 1909.

A propos des épidémies de polyomyélites aiguës signalées par divers auteurs. — M. *Claude* n'admet pas la théorie de l'épidémicité de cette maladie. Les cas rapportés ne sont pas des cas de polyomyélite pure, mais des états infectieux, qui se caractérisent par un ensemble de lésions méningées, médullaires et encéphaliques. L'A. a un certain nombre d'observations semblables à celles rapportées, et qui permettent de retrouver une infection quelconque. La notion de l'épidémicité ne lui paraît devoir être retenue. On ne peut pas mettre un nom précis sur ces faits, mais celui de polyomyélite épidémique ne lui paraît aucunement justifié.

M. ***Ménétrier***, à propos de sa dernière communication, rapporte les observations de M. Aubertin et Beaujard, qui ont exposé des animaux à des irradiations de rayons X, et ont observé une surcharge du foie en glycogène. Cette constatation expérimentale vient confirmer les faits rapportés par lui.

Œdème aigu circonscrit de la face et urticaire fébrile généralisé chez un dégénéré adénoïdien. — M. ***Simonin***. — Il s'agit d'un dégénéré moyen, phobique et tiqueur, porteur de végétations adénoïdes, qui 3 ou 4 fois, au cours de la belle saison, fut atteint pendant trois années consécutives, de 12 à 15 ans, de rhinorrhée séro-purulente aiguë et fébrile bientôt suivie de poussées répétées d'urticaire généralisé et d'œdème blanc, peu douloureux quoique volumineux du côté droit de la face, du front et des yeux, amenant l'occlusion prolongée et gênante des paupières.

C'est là un syndrome analogue aux affections polymorphes et d'étiologie variable, englobées actuellement sous le nom de maladie de Quincke et sur lesquelles l'attention vient d'être à nouveau appelée par les travaux de MM. Lereboullet, Faure, Beaulieu et Sacquépée.

Chez notre malade on trouve trois caractéristiques dignes d'être retenues :

1° L'évolution sur un terrain névropathique ;
2° L'association de l'œdème à l'urticaire ;
3° Le caractère infectieux affirmé par la fièvre.

Quant à la nature même de ce processus infectieux, il est per-

mis de supposer qu'on a eu affaire à des poussées d'adénoïdite bacillaire, le père du malade ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, son frère à une méningite bacillaire, et lui-même ayant présenté, au cours des deux années qui précèdent son affection, des poussées inflammatoires répétées dans les ganglio s cervicaux et sous-maxillaires, d'ailleurs terminées par résolution apparente.

Hémophilies expérimentales et comparées. — MM. ***E. Weil*** et ***Bogé*** apportent deux ordres d'arguments nouveaux en faveur de la théorie sanguine, soutenue par Sahli, Weil, Volf, Norovortz : d'une part l'existence d'hémophilies chez les animaux avec, comme substratum anatomique, la présence de lésions san guines et le grand retard de la coagulation ; d'autre part la possibilité de reproduire chez l'animal et chez l'homme tout le syndrome hémophilique.

Toute autre pathogénie doit donc être rejetée.

Les arythmies respiratoires. — M. ***Vaquez***. — Le ralentissement expiratoire existe chez la moitié des sujets ; il y a, bien entendu, une grande variabilité de degré. Chez les enfants il est plus fréquent. Ces ralentissements physiologiques sont à distinguer des arythmies par myocardite (épreuve de l'atropine qui n'accélère pas le pouls dans ces cas). De même on observe, coexistant avec le ralentissement respiratoire, une accélération orthostatique.

La connaissance de ces faits est importante et pour la clinique et pour le traitement. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1909.

Les kystes hydatiques multiples du foie. — M. ***Tuffier***. — J'ai opéré 20 cas de kystes hydatiques du foie. Sur ce nombre 3 fois je me suis trouvé en présence de kystes multiples. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une femme que l'on crut atteinte d'hématocèle rétro-utérine. Je trouvai dans le cul-de-sac de Douglas une grande quantité de vésicules hydatiques dont les unes étaient mortes, les autres vivantes. Elles provenaient très probablement d'un kyste hydatique du foie rompu dans le ventre. Trois ans après, la malade était atteinte de fièvre typhoïde à la suite de laquelle elle présenta pendant deux mois des accidents fébriles à type intermittent. Je fus appelé de nouveau à la voir et constatai au niveau de la face convexe du foie, une zone de matité remontant assez haut. Je pensai à une collection suppurée et en effet une ponction faite à ce niveau donna issue à un liquide louche dans lequel on trouva du bacille d'Eberth à l'état de pureté. J'incisai donc et drainai ce kyste. Mais au cours de la convalescence, apparition de nouveaux accidents fébriles. Cette fois on trouva un kyste dans la région épigastrique, kyste que je traitai comme le premier. La malade guérit alors sans nouvel accident.

Dans le deuxième cas je trouvai deux kystes, l'un superficiel, l'autre profond bombant dans la cavité du premier, par laquelle je l'incisai.

Le troisième malade était un jeune homme de 13 ans que j'opérai d'un volumineux kyste du lobe droit. Ce kyste vidé des nombreuses vésicules qu'il contenait, comme je palpais le foie, je sentis un second kyste beaucoup plus profond et séparé du premier par une épaisseur de 5 ou 6 travers de doigt de tissu hépatique. Je me contentai de ponctionner le kyste, d'y injecter du sublimé et mon malade guérit sans incident.

M. ***Guinard***. — Sur 28 cas de kystes hydatiques du foie, j'ai vu 7 cas de kystes multiples ce qui fait un cas de kystes multiples sur 4 simples. Dans 5 cas il y avait deux kystes, dans 1 cas 3 kystes, dans 1 cas 4 kystes, dont 2 suppurés.

En cas de kyste suppuré je fais la marsupialisation. Dans les autres cas je fais l'incision suivie de formolage, de suture et de réduction sans drainage. Sauf un, porteur de deux kystes énormes dont l'un suppurait, et très cachectisé, qui mourut sur la table d'opération, tous mes malades ont guéri. Mais dans un cas, à la suite de la ponction d'un kyste profond à travers un kyste superficiel préalablement incisé, il se produisit une hémorragie si abondante et si incoercible que je dus me contenter de suturer avec soin mon kyste superficiel pour que l'hématome lui-même, en comprimant les parois de la poche, arrête l'hémorragie. Ce malade guérit très bien. Il n'en est pas moins vrai que ce cas me semble démontrer qu'en cas de kystes multiples, mieux vaut ponctionner isolément chacun d'eux depuis la périphérie, car on a ainsi moins de chances de léser un important vaisseau sanguin ou biliaire.

J'ai aussi souvenir de très graves alertes observées dans les débuts de ma pratique à la suite de ponctions exploratrices faites à l'aveugle à travers la paroi abdominale. Aussi suis je convaincu qu'il faut résolument proscrire cette manœuvre aveugle et dangereuse.

M. ***Broca***. — J'ai observé 23 cas de kystes hydatiques chez l'enfant. 5 fois il s'agissait de kystes multiples et sur ces 5 cas, 2 ont succombé.

Dans l'un de ces cas funestes, le foie était littéralement farci de kystes ainsi d'ailleurs que le péritoine. Dans l'autre, je dus réséquer le lobe gauche du foie qui était farci de kystes. A l'autopsie on en trouva d'autres encore dans les organes voisins, dans le péricarde en particulier.

Mes 3 autres malades, qui ont tous été opérés 2 fois, ont fort bien guéri.

Je suis fermement partisan de l'incision séparée pour chacun des kystes. C'est là le meilleur moyen d'éviter toute complication opératoire et post-opératoire.

Kyste de la capsule surrénale gauche. — M. ***Potherat***. — Chez une jeune femme de 21 ans qui portait dans le flanc gauche une volumineuse tumeur, il fut impossible d'arriver, par les divers moyens d'exploration clinique que nous possédons, à poser un diagnostic précis touchant la nature et l'origine de cette tumeur.

La laparotomie me conduisit sur une poche kystique rétro-péritonéale qui contenait plus de 3 litres d'un liquide noirâtre, hématique. La coque de ce kyste, assez mince, était fortement adhérente au rein gauche tout en étant nettement distincte de lui. Après l'extirpation de cette poche, ce qui fut assez pénible d'ailleurs, j'établis un large drainage lombaire, refermai le péritoine, puis le ventre et ma malade se rétablit très bien.

L'examen histologique m'a montré qu'il s'agissait d'un kyste de la capsule surrénale dans lequel un vaisseau de la paroi a dû un jour se rompre. La malade disait en effet avoir vu sa tumeur progresser rapidement à la suite d'une douleur brusque et vive dans le flanc gauche. Ces kystes sont très rares. Je n'en ai pu trouver que 10 autres observations dont 5 sont des trouvailles d'autopsie. 5 cas ont été opérés, 3 par la marsupialisation avec 2 morts et 1 guérison. 2 par l'extirpation avec 1 mort.

Présentation de malades. — M. ***Walther*** présente un malade qu'il a opéré d'une volumineuse hydronéphrose gauche. A cause des adhérences il crut bon de dédoubler par clivage une partie de la coque hydronéphrotique. Et le malade a très bien guéri.

M. ***Tuffier*** présente un sujet de 21 ans ayant absolument l'habitus extérieur d'une femme bien conformée et qui cependant est un homme. Le vagin n'est qu'une petite dépression en cul-de-sac. Le toucher rectal montre qu'il n'y a pas d'utérus. Dans les grandes lèvres se trouvent deux corps ovoïdes qui ne sont autres que les testicules.

M. ***Potherat*** présente un homme qu'il a opéré avec succès d'une hernie inguinale gauche renfermant la majeure partie de l'intestin grêle, et une partie du côlon ascendant avec le cæcum et l'appendice.

M. ***Hartmann*** présente une femme opérée avec succès il y a 6 mois d'un cancer du vagin. Il a employé la technique de Schuchart-Schauta (castration totale par incision para-vaginale).

M. ***Souligoux*** présente un malade atteint de pseudarthrose incurable de l'humérus et auquel, il y a de cela 10 ans, il mit dans le canal médullaire de l'os une tige d'acier de 10 centimètres qu'il y cimenta avec du ciment de dentiste. Depuis ce temps, ce blessé se sert parfaitement de son bras pour travailler.

Au cours de la séance, MM. Kirmisson, Routier, Picqué, Broca ont été nommés membres de la commission pour l'examen des candidats au titre de membre correspondant national, et MM. Monod, Bazy, Lejars et Delbet, membres de la commission pour l'examen des candidats au titre de membre correspondant étranger. Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 décembre 1909.

M. *Barbarin* présente un cas de **disjonction épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur** chez un enfant de 9 ans. Cet enfant fut opéré en 1905, un énorme cal s'étant formé au niveau de la disjonction qui entraîna la flexion du genou à 70° environ. Le résultat fut malheureusement insuffisant et il conviendra, à la fin de la période de croissance, de faire une ablation, probablement cunéiforme, du cal.

M. *Judet* présente 6 moulages et 6 radiographies d'un *pied bot* varus équin très marqué *consécutif à une fracture compliquée du cou-de-pied*. A la suite d'une opération, consistant en la résection de la malléole externe et d'une masse osseuse occupant la place de l'astragale et soudée au tibia, la correction de la difformité fut obtenue d'une manière satisfaisante.

M. *Genouville* présente un instrument destiné à pratiquer d'arrière en avant la dilatation électrolytique de l'urètre rétréci. Cet instrument, dont il fait usage depuis 3 ans 1|2 permet d'obtenir en une séance un calibre assez considérable pour rendre la miction facile ; 4 séances de dilatation au béniqué amènent le malade au calibre 50 à 60 béniqué. L'instrument s'introduit fermé, à la suite d'un conducteur. Dans la vessie, les branches s'écartent et l'instrument ouvert est retiré à l'aide d'un courant électrolytique (pôle négatif urétral) de 10 milliampères et d'une application maxima de deux minutes. Aucun accident, et résultats ultérieurs comparables à ceux des autres méthodes de traitement des rétrécis.

BIBLIOGRAPHIE

Parasitologie, par Guiart *in* Bibliothèque Gilbert-Fournier).

M. le Pr Guiart, qui a été agrégé de parasitologie à la Faculté de Paris et qui est actuellement professeur à la Faculté de Lyon, vient de condenser son enseignement dans un volume de la Bibliothèque du doctorat en médecine.

Ce volume est très remarquable par son exposition, par sa documentation et par son illustration.

La parasitologie évolue, depuis quelques années, avec une telle rapidité qu'elle prend, de jour en jour, une place plus importante en clinique.

La plupart des maladies tropicales notamment (paludisme, trypanosomiases, leishmanioses, sont causées par des parasites animaux et transmises par l'intermédiaire d'insectes semi-parasites : elles appartiennent donc deux fois à la parasitologie. Aussi les trouve-t-on compendieusement traitées avec des figures et des schémas qui sont très clairs et font bien comprendre les cycles, parfois complexes, de l'évolution de beaucoup de ces parasites.

Les teignes, le muguet, les sporotrichoses, les amibes dysentériques, les bothriocéphales et les différents vers, enfin les divers acariens sont décrits, pour le médecin, avec les conséquences cliniques de leurs particularités biologiques. Le rôle de certains parasites intestinaux dans l'inoculation de l'appendicite, de la fièvre typhoïde est étudié avec d'autant plus de soins que l'on connaît les beaux travaux de l'auteur sur ce sujet.

P. Carnot.

L'année psychologique de 1909, tome XV. (Un vol. in-8° de XII-496 pages avec figures. Chez Masson et Cie, éditeurs.)

Je n'ai pas à faire l'éloge de ce recueil de travaux de psychologie qui paraît depuis 15 ans et que tous ont apprécié. Le directeur de cette publication sait lui donner une impulsion aussi utile que moderne et faire un choix judicieux dans les sujets traités Laissant de côté les mémoires se rapportant à la psychologie pure, je vais parler uniquement des travaux intéressant le corps médical et qui constituent la plus grosse part du volume.

Deux de ces travaux sont précisément du directeur de cette revue et du Dr Th. Simon. Le premier mémoire traite de l'intelligence des imbéciles et le deuxième est intitulé : « Nouvelle théorie de la démence. » A plusieurs reprises, j'avais reproché à M. Binet et à son collaborateur de présenter, au sujet des anormaux, des considérations un peu théoriques et ne s'inspirant pas suffisamment de l'observation des individus. Dans ces mémoires, je constate avec plaisir que les auteurs ont évolué ; ils étudient cliniquement un nombre restreint (trop restreint même à mon avis) de sujets, et de ces observations patientes et complètes ils tirent des conséquences logiques et personnelles. Analysant avec une méthode excellente les opérations intellectuelles de quelques imbéciles, ils donnent un ingénieux schéma de la pensée, qui se composerait de trois éléments distincts : une direction, une adaptation et une critique. Or l'imbécile ne se coordonne pas, la direction est faible, et naturellement l'attention fait défaut. L'adaptation n'est pas meilleure chez l'imbécile, et cela de deux manières : soit par faiblesse d'activité, soit par un défaut dans le travail de différenciation utile à l'application de la pensée, au but à atteindre. Le sens critique est également défectueux chez les imbéciles : ils répondent à tort et à travers, parce qu'ils manquent de jugement.

La conclusion des auteurs est que les imbéciles ont un défaut de développement. Certes, cette constatation n'a rien de nouveau, mais elle s'affine sur une analyse psychique que personne n'avait encore faite, et surtout elle provoque une série de discussions, de constatations, qui sont un appoint important à la psychologie des anormaux.

Le deuxième mémoire, sur la démence sénile et sur la démence paralytique, présente les mêmes qualités que le précédent. Les conclusions nous sont connues depuis longtemps : les déments appartiennent à la catégorie des états déficitaires, et ce qui est une perte chez eux est un défaut d'acquisition chez les débiles ; mais ce que les auteurs ont démontré, c'est que l'inertie du fonctionnement des états démentiels consiste dans une faiblesse de l'évocation des états de conscience. Ce qu'ils ont aussi démontré, c'est une foule de particularités mentales grossièrement entrevues par les aliénistes, qui se contentent de faire un diagnostic sans chercher à dresser l'inventaire du capital intellectuel de leurs malades et à détailler le fonctionnement mental.

Je tiens aussi à attirer l'attention sur un troisième mémoire des mêmes auteurs sur l'art d'enseigner la morale aux sourds-muets. Avec une patience dont je les félicite, MM. Binet et Simon ont fait une enquête sur les résultats pratiques obtenus par la démutisation des sourds-muets. Ne considérant que les sourds-muets proprement dits, c'est-à-dire les sourds-muets complets et congénitaux, ils arrivent à cette conclusion que la méthode est loin de donner les résultats annoncés par les rapports officiels.

Ils se défendent d'affirmer que la méthode orale a fait banqueroute, mais ils le prouvent clairement. La méthode tant vantée est une pédagogie de luxe, disent-ils, qui produit des effets moraux plutôt que des effets utiles et tangibles. Elle ne sert pas au placement des sourds-muets, elle ne leur permet pas d'entrer en relation d'idées avec des étrangers, elle ne leur permet même pas de causer avec leurs proches !

Aussi, logiquement, MM. Binet et Simon proposent-ils de limiter la méthode orale à un très petit nombre de sourds-muets dont ils indiquent les caractères.

Ces constatations sont intéressantes : chaque année on dépense pour ces déshérités des sommes énormes dont on pourrait faire un emploi plus utile. Je ne sache pas que les partisans de la démutisation des sourds-muets aient répondu à ce mémoire rigoureux ? J'en conclus donc que la critique est exacte et il est fort heureux qu'on ait eu le courage de la faire.

Je cite le titre de plusieurs mémoires figurant dans l'*Année psychologique* dont on peut spécialement recommander la lecture : l'Analyse des rêves par Jung, les Sensations gustatives de Sarginer des Boncels, le Mystère de la peinture et la psychologie artistique de Tade Shyka, deux Mémoires de A. Binet.

G. Paul-Boncour.

Traitement du tabès (*Consultations médicales françaises*, fascicule XI), par le Dr Paul Sainton, ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 24 pages. (A. Poinot, éditeur, 11, rue Dupuytren, Paris.) Prix : 0 fr. 50, franco ; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la nature du tremblement mercuriel;

Par P. LEREBOULLET et L. LAGANE.

Les accidents liés à l'intoxication par le mercure sont actuellement classiques, si classiques que les discussions à leur sujet sont devenues rares. Pour ne citer que le tremblement mercuriel, on est quelque peu surpris de constater, en regard des nombreux travaux qui lui étaient consacrés il y a 20 ans, le silence presque complet qui s'est fait depuis à son sujet.

Sa nature est-elle pourtant si bien établie ? Il ne le semble guère ; considéré jadis comme directement lié au mercure, il a été progressivement regardé comme le plus souvent dû à l'hystérie concomitante et c'est là la conclusion générale qui se dégage des travaux de Charcot, de Letulle, de Rendu, etc. Mais l'hystérie s'est modifiée et surtout la conception que l'on avait de cette névrose n'est plus, depuis les recherches de Babinski et les discussions qu'elles ont entraînées, acceptable aujourd'hui dans tous ses termes ; dès lors les arguments en faveur de la nature hystérique du tremblement mercuriel méritent revision. A un autre point de vue, le problème a également changé d'aspect ; depuis la loi des accidents du travail, l'étude des névroses post-traumatiques a pu être faite d'une manière beaucoup plus précise que par le passé ; nombre de données nouvelles ont été acquises, grâce en grande partie aux recherches de Brissaud, et elles sont applicables pour une part aux accidents nerveux au cours des maladies professionnelles. Il semble donc que, si la nature névropathique du tremblement mercuriel doit être reconnue exacte encore actuellement, du moins doit-elle être démontrée par d'autres arguments qu'autrefois. Ce n'est pourtant pas de la notion de l'hystérie que s'inspirèrent les seules communications faites récemment à son sujet, qui en faisaient plutôt une affection organique. Telle était l'hypothèse que MM. Raymond et Sicard énonçaient en se basant sur certains caractères chimiques et cytologiques du liquide céphalorachidien et qu'affirmaient davantage MM. Guillain et Laroche en constatant la longue survivance du tremblement à l'intoxication causale.

Les observations des deux malades que nous avons eu à soigner à l'hôpital St-Antoine, et qui sont relatées au complet dans la toute récente thèse que sous notre direction Brunie a consacrée à ce sujet (1), nous ont amenés à une conception différente de ce tremblement mercuriel. Nous allons l'exposer après avoir rappelé l'essentiel de l'observation de ces deux malades et d'un troisième entré à l'hôpital depuis peu.

Il s'agissait de deux ouvriers chapeliers, Bug. et Sch. Joseph, âgés respectivement de 35 et 56 ans.

Le premier, homme de belle apparence physique, est *fils d'un ancien ouvrier chapelier qui a tremblé* comme lui après 20 ans de métier. Un de ses frères exerce la même profession, mais travaillant dans de meilleures conditions hygiéniques, n'a jamais présenté de phénomènes morbides. Au contraire, *une sœur, employée dans une fabrique de peaux, a tremblé* pendant quelques mois.

Il est père de deux enfants, dont l'aîné, âgé de 9 ans, est *atteint de chorée de Sydenham.*

Lui-même s'est toujours bien porté ; n'a jamais présenté aucun phénomène morbide, non plus qu'aucune manifestation que l'on puisse rétrospectivement rapporter à l'hystérie.

Il est ouvrier « sécréteur » depuis sa jeunesse, par conséquent exposé aux vapeurs de mercure qui ont déterminé chez lui une ébauche de « dent mercurielle » de Letulle ; l'analyse chimique de ses cheveux y montre du mercure; mais il n'a jamais eu aucun accident d'intoxication hydrargyrique subaiguë ou chronique : stomatite, diarrhée, paralysie, etc., et n'en présente aucun stigmate actuel, sauf son ébauche de dent mercurielle.

Son tremblement a débuté il y a 4 ans, a cessé un an plus tard, après un séjour de quelques jours à la campagne, est réapparu lorsqu'il a recommencé à travailler dans les ateliers de Paris. Il persiste depuis avec des rémissions presque complètes au moment de l'hiver.

Le tremblement est surtout marqué aux membres supérieurs ; il est net aux membres inférieurs, mais permet la marche. Il présente tous les caractères habituels du tremblement mercuriel que nous rappelons plus loin. La parole est lente mais non scandée.

On ne constate chez ce malade aucun symptôme de lésion organique du système nerveux : pas de troubles des réflexes, pas de clonus du pied, pas de phénomène des orteils, pas de troubles de la sensibilité, pas d'atrophie musculaire. Il n'existe ni incoordination des mouvements, ni signe de Romberg, ni troubles de la démarche, ni symptômes oculaires anormaux, mais seulement quelques modifications de la diadococinésie.

On ne trouve aucun stigmate net d'un état névropathique.

Ses autres organes paraissent normaux.

Ce malade, traité par les enveloppements répétés des membres tremblants par la bande de caoutchouc, fut très rapidement guéri et put quitter l'hôpital après une quinzaine de jours d'hospitalisation.

Le second malade est un garçon de magasin, employé, depuis vingt ans environ, à l'*emballage des peaux de lapin.* Il ne tremble que depuis six ans. Il n'a jamais eu de manifestations nerveuses, sauf une crise atrocement douloureuse avec sensation de contractions musculaires dans les membres, qui le fit tomber dans la rue 8 jours avant son entrée à l'hôpital (trop peu nette pour que nous puissions affirmer l'existence des calambres jadis décrits).

En dehors de son tremblement, il n'a jamais présenté, lui non plus, aucun phénomène relevant d'une intoxication mercurielle, il n'en a aucune manifestation actuelle. Pas plus que le malade précédent, il ne semble être éthylique. Ses divers appareils fonctionnent normalement ; il présente au niveau des régions fessières quelques gros furoncles à différents degrés d'évolution.

Il tremble donc depuis 6 ans, mais *avec rémissions complètes tous les hivers.* Pendant ces rémissions il peut accomplir des travaux relativement délicats, par exemple remplir chaque jour 15 à 20 encriers.

Son tremblement est généralisé, intense et empêche la marche. La parole est lente, mais ni monotone, ni scandée. Il n'y a pas de signes de lésion organique : pas de troubles des réflexes, pas d'incoordination des mouvements, pas de perte du sens musculaire, pas de troubles de la diadococinésie, pas de vertiges, pas d'astasie-abasie. Il n'existe aucun des symptômes dits hystériques.

L'*examen du sang* donne une proportion de 3.400.000 globules rouges pour 14.000 leucocytes (dont 70% de polynucléaires), avec une quantité d'hémoglobine normale. (Ce taux leucocytaire un peu élevé est vraisemblablement en rapport avec la présence des furoncles.)

La *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, sortant sous tension modérée, où l'on décèle après centrifugation prolongée une lymphocytose très minime (1 à 2 lymphocytes par champ). Pas de traces de mercure décelables par la pile de Smithson.

Sous l'influence du traitement (isolement, iodure de potassium, valériane, enveloppement caoutchouté des membres tremblants), le malade voit rapidement son tremblement diminuer et peut bientôt marcher. Enfin, le tremblement disparaît presque complètement.

Un troisième malade, entré à l'hôpital depuis la rédaction de cet article, âgé de 57 ans, est employé à la préparation du nitrate acide de mercure depuis 30 ans ; alcoolique, il n'a jamais eu d'autres affections que les suivantes, imputables à son métier : à 17 ans, il a eu une crise de *tremblement* extrêmement fort, pré-

(1) BRUNIE. — Le tremblement mercuriel et sa pathogénie. Thèse de Paris, novembre 1909.

sentant les caractères habituels du tremblement mercuriel : production à l'occasion d'un mouvement et surtout sous l'influence d'une personne étrangère; cessation brusque lorsque le malade est seul ou lorsqu'il a bu quelques verres de vin. Au bout de 3 mois, ce tremblement est brusquement interrompu par une *paralysie des quatre membres, avec aphasie* absolue qui disparaît en 4 mois (paralysie hystérique). Depuis, le tremblement persiste, mais avec des intervalles variables de rémission et il reste peu marqué. Il est accompagné des symptômes ordinaires d'une certaine émotivité. Enfin, fait important, le malade connaît bien sa maladie et son étiologie ; il a d'ailleurs été présenté à la Bourse du Travail comme un type d'accidenté du travail mercuriel.

C'est un homme vigoureux, sans tares organiques appréciables. Les dents, bien que mal entretenues, sont au complet ; il n'a jamais eu de stomatite ni de troubles intestinaux. Il ne présente aucun symptôme de lésion organique du système nerveux, troubles des réflexes ni autres, sa parole est normale. On note seulement chez lui des plaques d'hypoesthésie marquée pour les trois sensibilités, disséminées au niveau des membres inférieurs. La *ponction lombaire* a permis de retirer 15 cc. de liquide clair, sortant sans légère hypertension, dans lequel on n'a pu constater ni réaction leucocytaire, ni traces de mercure.

Le tremblement que présentèrent ces trois malades réalise un même type clinique, ressemblant complètement à celui des descriptions classiques. Ce qu'il a de particulièrement intéressant, ce sont ses conditions étiologiques : influence du milieu, mode de début, circonstances aggravantes, toutes conditions qui nous ont été bien détaillées par nos malades.

C'est après quelques années d'empoisonnement par le mercure que l'ouvrier commence à trembler. Le début du tremblement est d'ordinaire insidieux et des changements de caractère le précèdent ; l'ouvrier devient nerveux, irritable, s'emporte facilement. Il a, comme Küssmaul l'a décrit chez lui, une sorte d'activité exagérée, de vivacité intellectuelle intense. Il sait la triste signification de ces modifications de son caractère, car ces modifications de l'état mental qui précèdent chez lui le tremblement, il les a vues naître et se développer chez des camarades du même atelier avant de les ressentir lui-même, et c'est un fait à retenir au point de vue de leur interprétation. Peu à peu à ces troubles d'abord purement mentaux se joignent les phénomènes précurseurs du tremblement : sensation de poids au niveau du moignon de l'épaule, de constriction thoracique (phénomènes signalés par notre second malade), et le tremblement commence bientôt. Il est au début léger et partiel plus ou moins rapidement, il augmente et s'étend.

« A un faible degré, dit M. Letulle qui l'a magistralement étudié, il consiste en une légère trémulation à oscillations rapides, n'apparaissant guère qu'à l'occasion d'un mouvement volontaire et quand l'ouvrier se sent observé et s'en trouve ému, troublé, *à la façon d'un névropathe* ».

Dans sa forme typique, il consiste en une série de mouvement arythmiques, moyennement rapides (3 à 8 par secondes), d'amplitude modérée. Chez nos malades, les extrémités des membres tremblants n'exécutaient pas des arcs de cercles de plus de 20 à 25 cm. Le désordre des mouvements, ordinairement peu marqué, peut parfois imposer l'idée de chorée.

Ce n'est pas un tremblement à oscillations régulièrement croissantes, comme celui de la sclérose en plaques, mais bien au contraire, *un tremblement qui prend d'emblée toute son intensité* (Charcot).

Il n'existe ordinairement ni dans le repos, ni dans le sommeil et se produit à l'occasion des mouvements volontaires ; nous n'oserions dire cependant que ce soit un tremblement purement intentionnel, car il peut, quoique rarement, exister au repos, en dehors de toute tentative de mouvement ; il se produit, il est vrai, alors dans une circonstance particulière, lorsque le malade absolument immobile dans son lit se sent observé : ses membres et l'ensemble de son corps, sans se déplacer, sont dans ce cas parcourus par de fines et rapides trémulations. L'influence psychique se retrouve donc ici.

Il est remarquable de voir quel rôle joue l'émotivité du malade dans l'intensité de son tremblement. Lamy avait fait remarquer que l'entrée brusque d'un étranger dans la salle où des trembleurs se trouvent réunis pour prendre leur repas déterminait un tremblement général, alors que l'entrée d'un de leurs camarades n'avait aucun effet (1). De même à l'hôpital, lorsque le malade est couché et immobile, il suffit de le découvrir pour le voir commencer à trembler. Il tremble d'autant plus qu'il se sent plus observé et nous avons pu remarquer nettement chez nos malades que l'intensité de leur tremblement était en rapport avec la qualité des personnes qui les observent. A peine marqué ou absent sous les regards du personnel, il se montre très net sous ceux des élèves, mais n'atteint toute sa plénitude que lorsqu'il est soumis à ceux du chef de service.

Quelquefois partiel, le tremblement est le plus souvent généralisé à l'ensemble du corps : tête, membres et tronc sont agités, et chacun pour son propre compte ; il prédomine souvent aux membres supérieurs. Ce n'est pas, comme dans la paralysie agitante, un tremblement surtout marqué aux extrémités, car tout l'ensemble du membre est également secoué.

Du fait de ce tremblement, le malade, dont la force musculaire est cependant intacte, ne peut plus faire aucun usage de ses mains. Il ne peut ni se tenir debout, ni marcher sans être soutenu.

La langue est agitée de trémulations, mais la prononciation n'est pas très modifiée. Elle est un peu lente sans présenter d'ordinaire les caractères de monotonie, de spasmodicité et de scansion de la sclérose en plaques

L'évolution de ce tremblement est peut-être le point le plus intéressant de son histoire. Il ne survient, avons-nous dit, qu'au bout d'un certain temps d'exercice de la profession, 3 ans ou davantage.

Les malades ont donc le temps d'être imprégnés par les vapeurs de mercure, imprégnation très réelle, comme en font la preuve la pigmentation noire des dents d'un des nos malades, et la présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien du malade de Raymond et Sicard.

De cette imprégnation résulte un état plus ou moins marqué d'anémie, à ce moment peu considérable. Malheureusement, en même temps que de mercure, les malades s'imprègnent de notions précises sur le tremblement mercuriel et c'est là pour nous l'influence capitale.

Ils apprennent combien la maladie est fréquente ; l'un de nos malades ne nous disait-il pas qu'il avait eu l'occasion de connaître plus de 20 trembleurs et que, parmi ses camarades, plus nombreux étaient ceux qui tremblaient que ceux qui ne tremblaient pas. Ils savent que dans les ateliers fermés de Paris où ils inhalent des poils de lapin chargés de particules de mercure, ils ont peu de chances d'échapper au mal, à l'inverse de ceux, plus heureux, qui travaillent à la campagne. Ils savent que les phénomènes de surexcitation émotive précèdent le tremblement, comment celui-ci survient et quel est son type. Ils apprennent les diverses variations saisonnières de la maladie que nous avons signalées. De tout cela, le voisinage

(1) Notre troisième malade en particulier nous a fait un récit confirmant de tous points cette description.

professionnel, et parfois le voisinage nosocomial, ne leur fournissent que trop d'exemples.

Eux-mêmes deviennent nerveux, émotifs, sont « ces enfants irritables » dont parle Küssmaul, et un jour deviennent trembleurs.

Dès lors la maladie évolue, de courte durée si le malade va à la campagne ou abandonne son métier, définitive dans le cas contraire. Elle présente cependant souvent des régressions saisonnières caractéristiques, disparaissant lorsque vient l'hiver, pour reprendre plus intense et plus étendue au retour de l'été et le malade se résigne à une infirmité qu'il sait ou croit incurable.

Pourtant, il ne présente ordinairement, nous l'avons déjà dit, *aucun trouble organique relevant de l'intoxication mercurielle* : c'est uniquement un trembleur.

La constatation de tous ces faits a conduit à faire considérer le tremblement mercuriel comme un tremblement hystérique, ou pour mieux dire névropathique. Telle était la conception de Charcot, telle est encore la conception de la grande majorité des auteurs. D'après elle, la filiation des faits est la suivante : le mercure crée le terrain névropathique, crée « l'hystérie toxique » et le tremblement est une manifestation de l'hystérie. C'est, transposée pour l'hydrargyrisme, la théorie des tremblements névropathiques saturnins.

Cette théorie a pour elle nombre des caractères que nous avons analysés : l'absence d'autres lésions organiques dues au mercure, l'absence habituelle de lésions du système nerveux, l'association possible à des manifestations hystériques (comme chez notre troisième malade) l'exagération sous l'influence de l'émotion, l'évolution discontinue par apparitions et disparitions saisonnières. Il n'est pas jusqu'à sa guérison sous l'influence d'un traitement psychothérapique qui ne fournisse un argument en sa faveur.

Cependant, quelque séduisante que fût cette théorie, il était difficile de fournir la preuve absolue de la nature purement névropathique du tremblement mercuriel, et deux travaux récents sont venus ébranler cette conception jusqu'alors classique.

Une observation publiée en 1902 par MM. Raymond et Sicard (1) leur permettait de défendre l'hypothèse possible d'une lésion organique à l'origine du tremblement.

Ces auteurs avaient constaté, en effet, chez un de leurs malades trembleurs, la présence d'une légère réaction lymphocytaire et des traces de mercure dans le liquide céphalo-rachidien.

Ils admettaient que le tremblement pouvait ne pas être une manifestation aussi purement névropathique qu'on le pensait, mais bien plutôt le résultat d'une altération superficielle de l'axe cérébro-spinal.

D'autres arguments pouvaient être opposés à la doctrine névropathique. Ne sait-on pas actuellement, depuis les travaux de Babinski, que ne doivent être considérés comme hystériques ou encore pithiatiques, que les phénomènes qui peuvent être provoqués par suggestion et supprimés par persuasion.

Or, le tremblement mercuriel, s'il est parfois influencé par la psychothérapie, lui résiste quelquefois. C'est un argument de cet ordre que faisaient valoir en 1907 MM. Guillain et Laroche (2) à propos de deux malades dont le tremblement persistait, bien qu'ils eussent depuis longtemps quitté leur métier (depuis 30 et 42 ans). Ils faisaient de ce point un important argument en faveur de la nature organique du tremblement auquel ils en joignaient d'autres tirés des constatations de Syllaba et de Crocq (exagérations des réflexes, clonus). Ils précisaient même le siège de la lésion et, se basant sur la présence des symptômes cérébelleux (troubles de la démarche et vertiges chez l'un des malades, troubles de la diadococinésie et secousses nystagmiformes légères des globes oculaires chez les deux) ils localisaient au cervelet les lésions causales du tremblement. Ces auteurs faisaient en outre remarquer combien il était extraordinaire que l'hystérie, dont les modalités sont d'habitude si changeantes, frappât toujours et uniquement d'un même trouble moteur les individus intoxiqués profondément par le mercure.

Ces arguments ont sans doute leur importance. La présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien (que nous n'avons pu retrouver chez deux de nos malades, peut-être à cause de la difficulté et de la délicatesse de cette recherche) est un fait de valeur. Elle est, en effet, le témoin de l'intime imprégnation de l'organisme par le poison, de la possibilité d'une action directe de sa part sur le système nerveux.

La constatation simultanée de la lymphocytose de ce même liquide semble prouver la réalité de cette action.

Malheureusement, la rareté de telles observations qui depuis ne se sont plus répétées, le peu d'intensité de la lymphocytose, la fréquence et la banalité même d'une telle réaction au cours de maints états infectieux ou toxiques laissent un peu hésitants. L'examen des liquides céphalo-rachidiens procure tous les jours de nouvelles surprises et les données cytologiques sont de plus en plus insuffisantes à renseigner sur l'état *anatomique* exact des organes sous-jacents. Nous ne croyons donc pas que l'on puisse appuyer avec fermeté, d'après cette seule observation, la théorie organique du tremblement mercuriel.

De même, la longue survivance du tremblement à l'intoxication causale ne paraît pas un argument bien probant, nous y reviendrons plus loin. Enfin la présence d'un syndrome cérebelleux au cours du tremblement mercuriel n'est pas assez constante pour qu'on puisse actuellement lui attribuer une signification pathogénique ferme.

Est-ce à dire qu'il faille nier formellement toute lésion organique ? Nous ne le pensons pas et si l'on raisonne par analogie, on peut trouver d'autres exemples d'affections où l'élément organique, pour ainsi dire masqué, existe néanmoins. Leur bénignité, leur lente évolution les avaient fait considérer comme des névroses et pourtant on tend de plus en plus à les ranger parmi les maladies organiques. Il en est ainsi pour la maladie de Parkinson et pour la chorée de Sydenham.

Pour la première, alors qu'après Charcot nombre d'auteurs en font actuellement encore une névrose, beaucoup d'autres (Dubief, Jaccoud, Brissaud, Valery, Philipp, Wollenburg, etc.) la considèrent comme le résultat de lésions cérébro-médullaires que Maillard schématise de la façon suivante : « lésions artério-scléreuses troublant le fonctionnement de l'appareil d'équilibration statique ». Alquier, il est vrai, fait remarquer la banalité et l'inconstance de ces lésions. Peut-être s'agit-il de lésions impossibles à déceler à l'aide des techniques actuelles, réelles pourtant. L'analogie entre la maladie de Parkinson et le tremblement mercuriel n'est toutefois qu'assez lointaine car, si les symptômes ont quelque ressemblance, l'étiologie diffère, et la constance avec laquelle on retrouve les mêmes conditions étiologiques à l'origine du tremblement mercuriel s'oppose complètement à l'obscurité des causes qui président à l'apparition du syndrome parkinsonien.

La chorée de Sydenham, plus différente cliniquement, a peut-être plus d'analogie dans ses causes. Elle survient

(1) Raymond et Sicard. — Le liquide céphalo-rachidien dans un cas d'hydrargyrisme chronique. *Revue Neurologique*, 1902, p. 467.

(2) Guillain et Laroche. — Sur la pathogénie du tremblement mercuriel. *Revue Neurologique*, 1907, p. 137.

en effet sous l'influence fréquente de toxi-infections et notamment du rhumatisme et on peut rapprocher une telle étiologie de celle du tremblement mercuriel. Mais si réelle que soit l'origine infectieuse ou toxique de la chorée, celle-ci échappe aux conditions de milieu professionnel qui sont la règle lors du tremblement mercuriel et en expliquent selon nous la genèse. Quoiqu'il en soit, l'analogie a été maintes fois signalée. Or la chorée de Sydenham, longtemps regardée comme une névrose, est actuellement considérée par nombre d'observateurs comme liée à une lésion organique. C'est ainsi qu'André Thomas, s'appuyant sur les données de la clinique, en fait une maladie organique et admet formellement qu'elle est un symptôme d'encéphalite ou de méningo-encéphalite légère (1).

Mais, même si l'on admet à l'origine de la chorée de Sydenham une méningo-encéphalite légère, il ne s'ensuit pas que la névrose secondaire n'existe pas ; tout plaide, au contraire, en faveur de l'existence d'un élément névropathique surajouté : antécédents des choréiques, symptômes présentés par eux, influences aggravantes de certaines causes, action du traitement psychique, etc. Tout en admettant donc la réalité d'une lésion organique, on ne peut nier l'importance de l'élément névropathique.

N'en serait-il pas de même pour le tremblement mercuriel ? Ne faudrait-il pas admettre ici, par analogie, un état anatomique initial ? Peut-être, mais l'existence de cet état anatomique n'est actuellement prouvée par aucune constatation formelle et une telle lésion organique nous paraît insuffisante à rendre compte, à elle seule, des accidents observés. D'autres arguments, que nous avons fait valoir, montrent d'une manière plus démonstrative la réalité et l'importance des phénomènes névropathiques.

Au surplus une théorie trop absolue ne nous paraît pas ici justifiée. Volontiers, nous admettons l'intervention de plusieurs facteurs dans la production du tremblement mercuriel : une *intoxication* certaine, une *lésion organique* possible mais légère, une *psycho-névrose* non douteuse à la faveur de laquelle se développe et se fixe le tremblement mercuriel.

Déjà autrefois M. Letulle avait noté la nature spéciale de cette hystérie qui se produit sur un terrain toxique, et précisé ses différences avec l'hystérie des saturnins.

Poussant plus loin la question, certains auteurs admettent, logiquement sans doute, l'explication suivante : le tremblement est d'origine toxique ; le mercure agit directement sur les cellules nerveuses, déterminant en elles soit des lésions anatomiques légères, soit plutôt une irritation fonctionnelle dont le tremblement est la manifestation.

Cette production élective du tremblement sous l'influence du mercure serait de même ordre que la production élective de troubles trophiques sous l'influence de l'arsenic, de paralysies sous l'influence du plomb, de troubles de la sensibilité sous l'influence de l'alcool (2). De plus la production du tremblement aurait comme condition la lenteur de l'intoxication mercurielle ; l'intoxication aiguë, telle qu'elle est réalisée par l'hydrargyrisme thérapeutique, par exemple, n'aurait pas ce résultat. Si le tremblement existe parfois chez les « frotteurs » d'Aix-la-Chapelle, c'est qu'il s'agit d'un hydrargyrisme par intoxication lente, et nous ajouterons d'un hydrargyrisme professionnel (3).

(1) André Thomas. — Chorée de Sydenham. Maladie organique. *La Clinique*, 27 avril 1907.

(2) On peut, il est vrai, opposer à une semblable conception que, de plus en plus en pathologie, on voit mal la spécificité des causes ; une même cause toxique ou infectieuse produit des effets très variés suivant les sujets, et la constance des caractères du tremblement mercuriel, existant à l'exclusion des autres symptômes d'intoxication, n'est pas un argument décisif.

(3) Ici encore toutefois le milieu professionnel intervient ; et à notre connaissance, il n'est pas actuellement d'observation de tremblement mercuriel survenu chez un sujet ignorant la nature de l'intoxication causale ; de telles observations seraient pourtant d'un grand poids pour prouver l'action directe de l'intoxication sur la production du tremblement.

Cette théorie a l'énorme avantage d'expliquer simplement le tremblement ; elle ne fait intervenir qu'un élément pathogénique et un élément bien connu : le mercure. Certes, sa part de vérité, si nous ne la croyons pas absolue, est réelle, et avec ses partisans nous ne pouvons qu'admettre le rôle capital que joue l'intoxication. Sans mercure, point de tremblement ; sans intoxication, point de substratum à la névrose, et surtout peut-être, point de prédisposition à faire du tremblement plutôt que n'importe quelle autre manifestation nerveuse.

Mais la théorie toxique, pas plus que la théorie organique dont elle est voisine, ne donne l'explication des phénomènes si particuliers sur lesquels nous avons insisté. Aussi croyons-nous à une pathogénie moins simpliste.

Nous proposons un autre mode d'interprétation du tremblement, auquel nous avons été amenés par les récentes discussions sur la nature de l'hystérie et par les nombreux travaux effectués sur les troubles nerveux post-traumatiques. Nous nous sommes en particulier inspirés de la lumineuse conférence où le professeur Brissaud (1) étudiait la nature de ces accidents et isolait l'élément « sinistrose » qui leur est si souvent surajouté.

Certes, il nous semble impossible de ne pas tenir compte, avec Raymond et Sicard, Guillain et Laroche, de l'état somatique du sujet, de l'atteinte de son organisme en général, et de celle, moins apparente, mais possible, de son système nerveux. Mais cet état organique nous paraît peu important en regard des influences névropathiques dont on peut saisir le rôle capital en analysant le tremblement mercuriel et en suivant progressivement la « création mentale » qui l'engendre et l'entretient, de même qu'une création mentale semblable est à l'origine de la plupart des accidents nerveux post-traumatiques. Voici au surplus comment, selon nous, on peut analyser ce travail psychique.

Trop souvent, avons-nous dit, l'ouvrier mercuriel a sous les yeux un type d'affection qu'il sait fréquent dans son métier, qu'il croit même presque inévitable. Tout le lui rappelle : ses parents qui ont tremblé, ses conversations, les conditions hygiéniques défectueuses dans lesquelles il travaille. Peu à peu et sous l'influence même de son métier, son caractère se modifie, devient nerveux, émotionnable ; il apprend par quels symptômes subjectifs s'annonce le tremblement, les ressent et progressivement se met à trembler. Il tremble suivant le modèle dont il n'a eu que de trop nombreux exemples sous les yeux et cesse de trembler aux mois où la tradition lui indique que le tremblement s'améliore.

La plupart des phénomènes qui sont alors notés, réserve faite pour ceux qui semblent impliquer, comme dans les cas de Guillain et Laroche, l'existence d'une lésion organique, rentrent exclusivement dans la classe de ceux que M. Babinski a dénommés pithiatiques, c'est-à-dire de ceux qui sont en quelque sorte consentis (2).

Mais ce consentement est involontaire, cette création

(1) Brissaud. — Les accidents nerveux post-traumatiques. *Bulletin médical*, 1909.

(2) Sans doute on peut objecter ici que la gêne créée par le tremblement est trop grande pour que le malade puisse se l'imposer lui-même par auto-suggestion. Mais combien d'accidents hystériques ou pithiatiques sont, eux aussi, des plus pénibles aux malades quoique consentis par eux ! Et dans cet ordre d'idées combien plus pénible certes devait être le sacrifice de son bras consenti par le pathomime dont le professeur Dieulafoy a rapporté l'histoire, sacrifice pourtant indiscutablement voulu par le malade lui-même ! Au surplus ce mot de pathomimie pourrait s'appliquer à nos faits, s'il n'impliquait l'idée de simulation consciente, alors qu'elle ne nous paraît nullement démontrée ici.

mentale est inconsciente. Elle est du même ordre que celle qui se produit chez un accidenté à la suite de son traumatisme. Chez l'intoxiqué comme chez l'accidenté, le travail psychique est le même : à propos d'un état organique minime, sans proportion avec l'intensité des accidents qui vont se produire, se manifestent des troubles qui vont peu à peu s'étendre et s'amplifier dans la mesure même où on les cherchera et où on y prêtera attention. « Plus on les étudie sur un même sujet, plus on les entretient, plus on les développe » (Ch. Périer).

Ces troubles présentent donc essentiellement les caractères des phénomènes pithiatiques.

Mais lors d'accidents nerveux post-traumatiques, on voit souvent l'atténuation ou la disparition rapide des troubles « lorsque toutes les incertitudes sur le quantum compensateur sont définitivement levées ». Si l'affaire est promptement réglée, les accidents cessent. Au contraire, en matière de tremblement mercuriel, on peut observer la persistance pour ainsi dire indéfinie du tremblement, même alors que toute intoxication a disparu. Cela n'est pas, nous semble-t-il, une objection bien solide. Même parmi les accidents nerveux post-traumatiques, il en est qui persistent de la même façon. Que la procédure se complique et rende la sanction plus lointaine et plus incertaine, et le malade s'auto-suggestionne sans cesse dans le sens de l'amplification de son mal qui peut alors se fixer de manière définitive.

D'une telle évolution, un cas remarquable était récemment signalé par Brissaud et le rapprochement s'impose avec le tremblemeut mercuriel ; il s'agit d'un blessé qu'il vit avec Gilbert Ballet et qui, atteint d'une simple ecchymose malléolaire, fut pris progressivement d'anesthésie, puis d hémianesthésie, de tremblement à larges oscillations, de bégaiement, de trismus permanent, etc. ; or, conclut M. Brissaud, « quatre années d'hystériculture chez un ouvrier qui avait, de si longue date, perdu l'habitude du travail, et qui frisait la soixantaine, n'autorisaient guère l'espoir d'un retour à la santé ou à la sincérité. Cet homme avait subi l'influence trop constante et trop profonde du temps, celle de son médecin et la sienne propre. La suggestion et l'auto-suggestion avaient bouleversé toute sa mentalité ».

Ne peut-on expliquer de la même façon la survivance fréquente du tremblement mercuriel aux causes qui l'ont fait naître? Sans doute le mercuriel n'est, dans la grande majorité des cas, ni un simulateur, au sens vulgaire du mot, ni un sinistré. C'est un malade chez qui le mercure, les accidents toxiques et les modifications organiques qu'il peut entraîner sont la cause première du tremblement. Mais la cause immédiate et directe de ce tremblement est un travail mental, involontaire et inconscient, qui ne tend qu'à la réalisation d'un symptôme, celui-là seul que le malade connaît et dont la crainte le hante. Ainsi s'explique d'une part que le malade ne fasse le plus souvent aucun autre symptôme d'intoxication, d'autre part qu'il ne présente ordinairement pas d'autre phénomène pithiatique.

Le tremblement une fois constitué sous cette triple influence : toxique non douteuse, organique possible mais non démontrée, pithiatique certaine et dominante, persiste longtemps. Il peut toutefois céder, comme le prouvent nos propres observations, lorsque la bonne volonté du malade se prête à la psychothérapie. Encore faut-il précisément cette volonté du malade. Et c'est là ce qui explique souvent les rechutes ou même la persistance sans modifications de ce tremblement. Que le malade cesse son travail et soit hospitalisé, il ne peut rester à l'hôpital qu'en continuant à trembler. Qu'il rentre, après guérison, dans l'atelier où il retrouve d'autres trembleurs, le milieu professionnel agira encore sur lui et les mêmes causes amèneront encore le tremblement.

Le tremblement mercuriel persiste donc pour des raisons très comparables à celles qui amènent la persistance des accidents nerveux post-traumatiques. Trop souvent la création mentale est trop fortement ou depuis trop long temps fixée chez le malade. La contre-suggestion qui permettrait à des malades de se débarrasser de leur affection manque ou est inférieure au travail de suggestion qui les y attache.

Le traitement découle de ces données pathologiques. Il doit être surtout psychothérapique, visant la psycho-névrose émotive à caractère pithiatique dont nous venons de montrer l'influence dominante. L'isolement, l'électrisation l'enveloppement réitéré des membres tremblants de leur extrémité à leur racine, par de larges bandes de caoutchouc nous ont donné dans ces trois cas de beaux résultats. Toute autre méthode agissant par suggestion pourrait de même être employée, sans négliger évidemment, le traitement de l'état général et des troubles organiques possibles

Au surplus n'est-ce pas de cette manière que doit agir le traitement prophylactique employé par certains patrons ? Pour éviter la contagion, ils éloignent immédiatement de leur atelier tout ouvrier qui commence à trembler. Cette sélection particulière, jointe au surplus à d'autres causes peut-être plus importantes encore, semble donner des résultats, à en juger par la rareté, plus grande actuellement qu'autrefois, du tremblement mercuriel, et les conséquences d'une telle mesure prises vis-à-vis de la contagion nerveuse justifient ce que nous nous sommes efforcés de montrer, à savoir : le rôle capital que joue, après l'intoxication initiale, le pithiatisme dans la production du tremblement mercuriel.

RADIUMTHÉRAPIE

Les dermatoses justiciables de la radiumthérapie;

Par le Dr MASOTTI

La première affection pour le traitement de laquelle la supériorité du radium est incontestable est le nævus soit vasculaire soit pigmentaire.

Les *nævi vasculaires* variant les uns des autres par la couleur et la profondeur, chaque cas doit être étudié spécialement et demande un traitement *ad hoc*.

Quand la couleur est rosée les applications doivent être plus courtes. Si le nævus, est violacé il faut agir de manière plus énergique, car, en ce cas, on se trouve en présence d'une vascularisation plus accentuée et les vaisseaux à détruire sont plus nombreux. Si l'affection est plus profonde, les applications seront plus longues, car il faut détruire les vaisseaux en profondeur.

Chez les enfants, on peut opérer pendant leur sommeil ou bien on profite d'une tétée.

La place même qu'occupe le nævus a une grande importance pour le traitement. Le radium ayant besoin pour agir d'une immobilité complète, il est difficile de l'obtenir aux paupières, à la commissure des lèvres ou en correspondance du muscle frontal, sièges possibles de la maladie.

Il arrive alors que les réactions sont plus fortes et plus longues à guérir.

Nous renvoyons pour les détails de la technique à notre livre sur le radium (1). La jeune fille de la fig. 1 était atteinte. à la paupière inférieure d'un nævus d'aspect violacé. Quel-

(1) MASOTTI. — *Traitement des dermatoses par le radium*, Baillière et fils, éditeurs.

ques séances ont suffi pour la guérir complètement. Aucune trace apparente n'est demeurée. Cela est important et la technique doit toujours viser à une oblitération complète des vaisseaux sans produire d'atrophies, de cicatrices, de pigmentations ou de télangiectasies.



FIG. 1.— Nævus vasculaire avant traitement.

En ce qui concerne les *nævi pigmentaires*, le traitement offre autant de facilité. Pour activer le traitement il faut enlever autant que possible la graisse qui arrêterait un certain nombre de rayons qu'il est important d'utiliser.

Quant aux *grains de beauté*, une séance suffit à les faire disparaître. Une fois partis, ils ne reviennent plus. D'autres traitements complémentaires, en particulier l'électrolyse, peuvent s'adjoindre au radium pour en activer ou en compléter les effets.



FIG. 2.— Nævus vasculaire apres traitement par le radium.

Le traitement des *angio-fibromes* par le radium est moins actif. Le Dr Milian croit que cette résistance est due à l'abondance du tissu conjonctif et aux vaisseaux sclérosés.

***

Mais les nævi ne sont pas les seules infirmités qui cèdent à l'action du radium. D'autres, telles que les chéloïdes, les épithéliomas, les verrues séniles, la leucoplasie, représentent également le triomphe de cet incomparable agent physique.



FIG. 3.— Chéloïdes consécutives à des adénopathies tuberculeuses suppurées

On peut diviser les cicatrices qui sont justiciables du traitement par le radium en 3 catégories : les cicatrices déprimées, les chéloïdes et les cicatrices fibreuses.

1° Cicatrices déprimées. La peau saine environnante fait relief, rendant plus visible ainsi la cicatrice. Pour traiter avantageusement cette 1re forme on s'efforce de diminuer la saillie qui l'environne. Elle devient déclive au lieu d'être taillée à pic. On fait pour cela de courtes applications tout autour de la peau qui environne la dépression.



FIG. 4. — Les mêmes après traitement par le radium.

A l'aide de cet artifice on atténue autant que possible l'aspect vilain de cette forme spéciale de cicatrice contre laquelle, jusqu'à ce jour, il faut bien le reconnaître, aucun traitement n'a pu complètement prévaloir.

Les *chéloïdes* représentent dans la plupart des cas une manifestation de scrofule ou de tuberculose. Les résultats qu'on obtient dans cette forme sont très beaux et rapides.

Une jeune fille avait une chéloïde au niveau du cou. Elle était saillante, rouge, boursouflée, d'un aspect des plus fâcheux. Quelques heures ont suffi pour la disparition de la tumeur. La cicatrice s'est nivelée. La peau s'est reformée aussi belle et aussi souple que possible.

Les lésions les plus résistantes sont les *cicatrices fibreuses*. Elles sont dures comme du cuir et en forme de cordon. Il faut ici un traitement spécial très énergique.

Préalablement à l'application du radium il est bon de faire des scarifications. Par ce procédé la guérison est plus rapide.

***

Une autre affection sur laquelle le radium fait des miracles, c'est *l'épithélioma*. Les séances doivent être plus ou moins longues selon l'infiltration de la lésion.



Fig. 5.— Cancroïde de l'aile du nez.

L'épithélioma *bourgeonnant* représente un terrain d'élection vis-à-vis du radium. Les bourgeons fondent pour ainsi dire, sous l'influence du radium.

Plusieurs cas traités par notre maître le Dr Danlos en 1904 n'ont pas récidivé.

Quand on a à traiter des tumeurs profondes, il faut employer la méthode dite du *filtrage* qui arrête les rayons superficiels capables de provoquer de la radiodermite et ne laisse passer que les rayons pénétrants. On interpose alors des lames de plomb d'une épaisseur variable (5 % à 20 % de mm.) selon l'activité de l'appareil afin d'arrêter les rayons plus superficiels. Il faut en outre faire des applications très longues de 24 h. et plus sans irriter la peau.

Dans certains cas il est utile pendant la réaction et pour calmer l'irritation de faire des pansements avec l'ouataplasme de Langlebert.

La figure n° 5 représente un épithélioma qui avait résisté pendant 5 ans à tous les traitements, y compris les rayons X. Dix heures d'application dans le courant d'une semaine ont suffi pour le guérir. La guérison persiste depuis plusieurs mois (1).

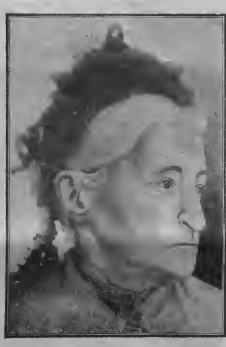


Fig. 6.— Cancroïde guérie par le radium.

L'autre figure représente un épithélioma de la paupière gauche. Ce jeune homme était atteint de cette affection depuis 3 ans. Une séance d'une heure 1|2 a suffi pour la guérir. On remarquera dans la figure n° 8, la beauté de réparation des tissus.

En ce qui concerne les *verrues séniles*, le traitement par le radium est le meilleur et le plus rapide. Il suffit d'une séance d'une 1|2 heure ou 3/4 d'heure, selon l'activité



Fig. 7.— Epithélomia de la paupière inférieure.

de l'appareil, pour les faire disparaître. Une fois disparues, elles ne reviennent plus. L'action dans ce cas est vraiment élective.

(1) Voir au Musée de l'hôpital St-Louis les moulages n° 2435 et n° 2651 représentant l'affection avant et après le traitement.

Les résultats qu'on obtient sur la *leucoplasie* sont fort rapides. Une séance de 3/4 d'heure réussit à guérir l'affection.

La muqueuse s'ulcère et pendant quelques jours le malade est un peu gêné par cette ulcération. Si la leucoplasie est placée à la langue, la cicatrisation se fait plus rapidement.



FIG. 8.— Le même, après guérison par le radium.

Voici, passées en revue très rapidement les affections pour lesquelles le traitement par le radium semblerait être supérieur aux autres.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La préparation à l'internat.

Puisque le concours de l'Internat approche et que, fiévreux, les candidats repassent une dernière fois les « questions » qui ont le plus de chances de sortir, je voudrais, moi aussi, donner mon avis sur la façon de préparer le concours.

Comme beaucoup d'autres, je trouve que le système adopté par les chefs de conférences et par les candidats est un système déplorable, qui déforme l'esprit des jeunes gens, qui enlève toute initiative à ceux qui seraient tentés d'en avoir et qui habitue l'élève à apprendre et à répéter comme un perroquet *les questions* apprises par cœur.

Non seulement le candidat n'a jamais essayé de donner une tournure personnelle aux choses qu'on lui a servies toutes digérées, mais encore, en dehors de ces questions « sortables », il ne sait rien et ne s'intéresse à rien. Qu'on lui demande de traiter le sujet appris sous une autre forme, le voilà désemparé. Qu'on lui demande un sujet que le chef de conférences ne lui a pas dicté, il ne saura rien du tout.

Convaincu depuis bien des années que le seul travail utile est celui qu'on fait soi-même, qu'on ne s'instruit pas avec les questions faites par les autres et qu'on ne sait bien et pour longtemps que les choses qu'on a longuement mûries, j'avais adopté pour mes conférences le système suivant qui, à mon très grand regret, n'a pas eu d'imitateurs.

Après le concours de l'externat, persuadé que le jeune candidat ne pouvait rien gagner à faire des « questions », je faisais aux élèves une fois par semaine un cours d'*anatomie topographique* et de *pathologie générale*. Je leur enseignais ainsi *toute l'anatomie* sous sa forme la plus intéressante et je leur apprenais ce que c'était qu'une tumeur, ou la tuberculose sous ses différents aspects, ou la syphilis, les maladies infectieuses, etc.

Durant cette première année, les élèves n'avaient donc d'autre but que celui de s'instruire. Ce n'est qu'après, en deuxième année, que les candidats préparaient vraiment le concours.

Mais le fait de savoir comment évoluait un cancer en général, leur rendait plus facile l'étude des localisations multiples de ces tumeurs. Le fait de connaître la tuberculose articulaire ou des séreuses en général leur permettait de comprendre les localisations du bacille de Koch dans les différents organes.

J'ai pu constater que ceux qui avaient bien voulu accepter ce système de préparation trouvaient du plaisir au travail, et, quoique je n'ai point, je crois, trouvé d'imitateurs, je suis convaincu que c'est là le seul moyen d'acquérir une instruction large et solide.

Il ne s'agit pas, dans une question, *de tout dire*, encore moins de faire preuve d'érudition, il faut montrer au jury qu'on n'a pas appris une question toute faite. Il faut lui moutrer qu'on a fait sa pathologie soi-même, à l'hôpital, au contact du malade, et qu'on a réfléchi sur ce que l'on a vu.

Il faut lui montrer enfin qu'on sait l'anatomie parce qu'on a beaucoup disséqué, et qu'on connaît suffisamment bien les rapports réciproques de tous les organes, pour étudier n'importe lequel en un point quelconque de son trajet.

Le candidat qui aura ainsi travaillé pourra oublier un détail anatomique décrit par quelque auteur étranger, le jury n'y attachera certes, aucune importance.

Ans. SCHWARTZ.

RADIUMTHÉRAPIE PRATIQUE

Traitement de la syringomyélie par le radium ;

Par

Mme Sonia FABRE et Paul TOUCHARD
Chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Depuis que les travaux de Becquerel, de M. et Mme Curie, nous ont fait connaître les phénomènes de radio-activité et l'existence de corps éminemment radioactifs tels que le radium, les biologistes et les médecins, étudiant, à leur point de vue spécial, les propriétés de ce nouvel agent physique sur les tissus vivants, normaux ou pathologiques, comprirent bientôt quel parti pouvait en tirer la thérapeutique.

Les dermatologistes, les premiers, créèrent la radiumthérapie. Depuis quelques années déjà, ils étaient habitués à utiliser les rayons X dans le traitement de certai-

nes affections cutanées et particulièrement dans les néoplasmes, les cancers cutanés.

L'analogie (mais non l'identité) qui semble exister entre les radiations émises par le radium et les rayons de Roentgen permettait de prévoir une action thérapeutique analogue.

S'il est une branche de la médecine où tout procédé thérapeutique nouveau doive être accueilli et expérimenté avec espoir, c'est bien la neuropathologie, si pauvre en moyens curatifs.

Le nombre des cas « chroniques » devant lesquels le médecin se trouve totalement désarmé y est considérable.

La syringomyélie représente à merveille l'une de ces affections chroniques dans lesquelles le chapitre thérapeutique restait, il y a quelques années encore, tout entier à faire.

L'avènement de la radiothérapie modifia l'opinion pessimiste que nous avions sur la curabilité de la syringomyélie. MM. Beaujard et Lhermitte (1) ont rapporté un cas de rétrocession des phénomènes syringomyéliques à la suite d'un traitement radiothérapique et ont cité à ce propos des cas analogues dus à M. le professeur Raymond, MM. Oberthur et Delherm, M. Gramegna.

Devant ces résultats encourageants, nous avons eu l'idée de substituer aux rayons de Roentgen les radiations du radium.

Cinq malades ont été soumis à ce traitement.

Nous exposerons d'abord la technique générale que nous avons adoptée.

Sans revenir sur les propriétés générales du radium, nous rappellerons que l'on a pu reconnaître et identifier trois espèces de rayons émis par le radium et désignés sous le nom de rayons α, β et γ. Entre autres particularités, l'une de celles qui nous intéressent le plus est que ces trois sortes de radiations se distinguent par leur pénétrabilité différente. Tandis que les rayons α sont arrêtés par un faible écran, par la peau, les rayons β sont déjà plus pénétrants ; quant aux rayons γ, ils ne connaissent pour ainsi dire aucun obstacle et ils ne sont arrêtés ni par les tissus de l'organisme, ni même par les os.

Grâce aux progrès réalisés aujourd'hui dans la construction des appareils, on peut utiliser soit le rayonnement global du radium, c'est-à-dire à la fois les rayons α, β et γ, soit seulement les rayons β durs, très pénétrants et les γ (rayons ultra-pénétrants de Dominici). Cette dernière méthode se trouve réalisée en interposant des écrans de métal (plomb, nickel) entre les radiations et la région à irradier.

Nous nous sommes servis d'appareils à sels collés d'une radio-activité de 500.000 U, d'une surface de 6 centimètres carrés et contenant 1 centigramme 5 de bromure de radium pur. Ces appareils, munis d'un écran de nickel de 3/10 de mm. d'épaisseur ne laissaient filtrer que les rayons β durs et la totalité du rayonnement γ. Après ce filtrage, l'activité utile restante était d'environ 1.500 U.

Nous avons donné dès le début la préférence au rayonnement filtré, n'utilisant que les rayons ultra-pénétrants pour les raisons suivantes : c'est profondément qu'il fallait agir, sur la moelle elle-même et, pour cela, il fallait traverser le massif osseux formé par les apophyses épineuses et les lames vertébrales ; non seulement les rayons α et β mous n'auraient pas atteint la moelle que nous nous proposions d'irradier, mais encore auraient été une cause de gêne pour nous : ce sont eux, en effet, qui déterminent les radium-dermites et les ulcérations cutanées, sans grand danger il est vrai, mais qui auraient pu nous obliger à suspendre momentanément le traitement.

La technique que nous avons suivie est d'une simplicité parfaite. Après avoir délimité la région où nous supposions la lésion, l'appareil était appliqué contre la colonne vertébrale au niveau de cette région. Les applications étaient faites tous les jours, alternativement à droite et à gauche des apophyses épineuses. La surface des appareils étant généralement très petite par rapport à l'étendue de la lésion, le disque était successivement déplacé de bas en haut le long de la colonne vertébrale de façon qu'aucun point de la région supposée malade n'échappât à l'action des rayons.

La durée des applications fut variable : au début, les séances furent très brèves, dix minutes, 1/4 d'heure ; plus tard, constatant l'innocuité de ces applications, nous avons étendu la durée des séances ; certains malades gardaient les appareils à plusieurs reprises pendant 1 heure 1/2.

Voici maintenant les observations concernant les malades soumis à ce traitement.

Obs. I. — Mlle B., 29 ans, repasseuse. Très bien portante, jusqu'en août 1907, elle eut, à cette époque, un panaris d'allure banale du médius de la main droite ; il fut extrêmement douloureux ; incisé au bout de quinze jours, il dégénéra en phlegmon des 2e et 1re phalanges et de la paume de la main ; de nombreuses incisions furent nécessaires et la guérison ne s'obtint qu'au bout de 7 semaines ; pendant la durée du panaris, la malade éprouva une douleur violente, spontanément et réveillée à la pression, tout le long du bras et « jusque derrière l'oreille droite » Huit mois après, élimination spontanée et indolore de la phalangette de l'annulaire droit (avril 1908). En juillet 1908 même élimination indolore de la phalangette de l'index droit. A la même époque, premières constatations de brûlures non perçues et affaiblissement progressif de la main droite, qui était restée déformée et maladroite à la suite du phlegmon. Enfin, six mois après le début du panaris de la main droite, la main gauche s'était progressivement et très insensiblement affaiblie.

Au moment de l'arrivée à la Salpêtrière (avril 1909), nous faisons les constatations suivantes : La main droite est mutilée de ses trois phalangettes. Les doigts sont cylindriques en battoir ; les 1res phalanges des doigts sont en extension ; les autres fléchies en griffe. La paume de la main est aplatie en battoir ; les éminences et les creux naturels ont disparu ; le 1er espace interosseux est nettement atrophié. La peau est rouge, violacée, épaissie, œdématiée à la face dorsale. La face palmaire est épaissie, dure, d'aspect jaunâtre ; elle présente des fissures, des durillons, des traces de brûlures, des plaies linéaires au niveau des plis de flexion des doigts. La main est froide et couverte de sueurs profuses.

La force musculaire est très diminuée : l'extension des premières phalanges est presque nulle ; celle des deux dernières tout à fait impossible ; l'écartement et le rapprochement des doigts est absolument impossible ; la flexion du poignet est faible.

La main gauche présente le même aspect général, mais les troubles trophiques y sont moins marqués. L'atrophie musculaire y est par suite plus visible. C'est le type de l'atrophie Aran-Duchenne, avec griffe cubitale. La diminution de la force musculaire revêt les mêmes modalités et la même topographie qu'à droite.

A part la faiblesse des mains, la force musculaire est partout conservée.

A la main droite comme à la main gauche, l'examen électrique montre de la D R dans les muscles des éminences hypothénar, et sur le court abducteur et opposant du pouce (également sur le court fléchisseur du pouce à gauche), le court fléchisseur du pouce à droite, et des deux côtés, les interosseux,

(1) Beaujard et Lhermitte. — La radiothérapie de la syringomyélie. *Semaine médicale*, 24 avril 1907.

les fléchisseurs et extenseurs des doigts présentent une forte diminution quantitative de l'excitabilité faradique et galvanique.

Les réflexes oléocraniens et radiaux sont affaiblis. Par contre, les rotuliens et fléchisseurs sont nettement exagérés ; il existe à droite du clonus du pied et une ébauche d'extension de l'orteil. Enfin une scoliose légère à concavité gauche.

Il existe des troubles de sensibilité présentant la dissociation syringomyélique typique à distribution radiculaire dont la topographie est reproduite sur le schéma ci-joint (schéma I et II).

Traitement. — Du 17 mai au 28 juin, le radium fut appliqué pendant 30 heures ; en moyenne pendant une heure à chaque application et uniquement du côté droit de la colonne cervicale.

Dès la 5e ou 6e application, la motilité de la main droite com-



Fig. 1. — Analgésie.

mence à s'améliorer. Au bout de 30 heures, la main est moins bouffie, moins violacée ; les éminences thénar et hypothénar ont repris un peu de consistance ; les creux existant entre les interosseux ont disparu. Toutes les plaies de la main sont cicatrisées ; les sueurs profuses y ont disparu. Tous les mouvements sont remarquablement faciles : la flexion, l'extension des doigts sont parfaites, sauf au niveau du médius dont les mouvements sont encore limités. La flexion du poignet se fait plus facilement. Aucun changement n'a été noté du côté gauche. La thermoanesthésie n'a pas varié, mais les troubles de sensibilité à la piqûre se sont modifiés :

L'anesthésie a fait place à l'hyporesthésie dans les zones correspondant aux 5e, 6e, 7e racines cervicales à droite, ainsi que dans la région thoracique antérieurement anesthésique totale (schéma III). A partir de ce moment, on commença les applications sur le côté gauche de la colonne cervicale et au bout de la 5e séance, la motilité commença à s'améliorer.

Pendant les mois d'août et de septembre, le traitement fut interrompu et nous eûmes la surprise de constater que non seulement l'amélioration s'était maintenue, mais même que les progrès avaient été constants pendant cette période. La malade se sert de ses mains, la main droite demeurant plus forte que la gauche ; elle coud, fait de petits ouvrages délicats. La piqûre est maintenant perçue sur tout le thorax, le cou et la joue. Elle reste mal différenciée sur les membres supérieurs des deux côtés.

La thermoanesthésie persiste sur le membre supérieur droit, mais le très froid et le chaud sont distingués dans les régions du thorax, du cou et du membre supérieur gauche antérieurement anesthésiques à la température. Les réflexes rotuliens et achilléens restent exagérés.



Fig. 2. — Thermo-anesthésie.

Obs. II. — Un jeune architecte de 28 ans commence à éprouver, il y a 18 mois, une diminution progressive de la force et de l'adresse de la main droite. En décembre 1908, il ne peut plus ni tenir une plume, ni serrer, ni écarter ou rapprocher les doigts. En même temps survient une atrophie rapide de cette main, et au mois de février il constate qu'il se brûle fréquemment sans percevoir la sensation de brûlure.

L'atrophie des éminences thénar, hypothénar, des interosseux, est en effet manifeste.

La flexion des doigts est faible, les doigts restent écartés les uns des autres, leur rapprochement est impossible. Les mouvements du pouce sont mieux conservés, mais l'opposition est presque nulle. Il existe un peu d'atrophie de la région externe de l'avant-bras.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont exagérés des deux côtés ; pas de Babinski. Il existe une cypho-scoliose nette. Enfin,

du côté droit dans les régions correspondant à C^5, C^6, C^7, C^8 et à gauche dans celles correspondant à C^2, C^3, C^4, C^5, C^6, C^7, C^8, la piqûre est perçue comme un simple contact et la chaleur n'est point perçue.

Au 18 juin, 18 applications ont été faites au niveau de la région cervicale. La saillie des interosseux est moins visible. La flexion des doigts est notablement améliorée ; le médius se rapproche facilement de l'index ; le mouvement d'écartement du petit doigt est redevenu possible ; l'opposition du pouce est

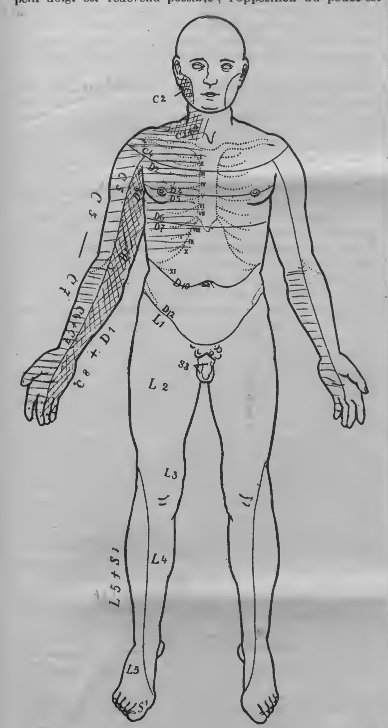


Fig. III. — Analgésie (C 8 + D 1). Hypo-algésie. (C 5 — C 7).

devenue beaucoup plus forte. Enfin, le malade a pu, la veille, dessiner pendant 3 heures de suite, alors qu'il avait complètement abandonné ses crayons depuis plus de six mois. Les zones d'anesthésie restent les mêmes. Toutefois, sur le côté gauche du tronc, la piqûre est distinguée au simple contact.

Obs. III.—Un homme de 49 ans, chauffeur, commence à éprouver une sensation de faiblesse portant sur les deux membres inférieurs, mais particulièrement du côté droit ; au bout de quelques mois, il éprouve des besoins impérieux d'uriner et se trouve atteint d'une impuissance génitale absolue. Il continue péniblement son travail et constate un jour, en nettoyant une chaudière encore chaude, qu'il se brûle vivement la jambe gauche et ne perçoit aucune brûlure sur la jambe droite.

L'examen montre un affaiblissement de tous les muscles du membre inférieur droit avec légère atrophie musculaire. Les reflexes rotuliens et achilléens sont exagérés des deux côtés. Dissociation syringomyélique de la sensibilité du côté droit de D? jusqu'à la dernière sacrée. Cypho scoliose à grande courbure cervico dorsale très accentuée.

Après la 20e séance de radium-thérapie (région lombaire et dorsale), mouvements des orteils et de la jambe presque normaux mouvements de la cuisse encore affaiblis ; le malade peut se tenir à cloche-pied sur la jambe droite.

Les érections tendent à revenir; les zones d'anesthésie douloureuses et thermiques sont moins étendues.

Vers le milieu de juillet, le malade demande à sortir et à reprendre son travail. Nous ne l'avons plus revu.

Obs. IV.— Jeune bonne de 25 ans.

En novembre 1906, panaris index gauche, douloureux ; quelques jours après, panaris du pouce de la même main. Evolution classique de panaris simples. Les deux doigts restent raides, faibles, engourdis. Six mois après, toute la main gauche perd sa force et maigrit. Un an après, sensation d'engourdissement de la main droite, puis diminution très nette de la force du pouce et de l'index de cette même main. Brûlures fréquentes non perçues.

La main gauche présente nettement un type d'atrophie Aran-Duchenne, avec main en griffe. La flexion, l'écartement des doigts sont presque nuls. A la main droite l'éminence thénar est seule atrophiée. La faiblesse musculaire porte surtout le pouce et l'index.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

Il existe une scoliose lombaire à concavité gauche, et un syndrome sympathique à gauche.

Enfin il existe une dissociation syringomyélique de la sensibilité droite, complète au niveau de la main et de la moitié interne de l'avant-bras, moins marquée sur le reste du membre supérieur droit ; à gauche complète au niveau de la main et des 5, 6, 7e C. et moins marquée sur le reste du membre supérieur gauche sur la partie latérale du thorax et sur le cou.

Dès la 6e séance de traitement, les mains sont, au dire de la malade, moins « engourdies ». L'index et le médius de la main gauche peuvent se rapprocher l'un de l'autre. Du côté droit, les régions antérieurement hypoesthésiées ont retrouvé leur sensibilité normale. Dans les régions où l'anesthésie était totale, la piqûre est perçue et le très froid peut être distingué du très chaud.

Par la suite, après 20 heures d'application sur le côté droit de la colonne cervicale et 12 heures à gauche, on constate un arrêt net de l'atrophie de la main droite et une reprise nette de la force, surtout du côté droit, où tous les mouvements ont à peu près recouvré leur vigueur antérieure. Les troubles de sensibilité sont restés ce qu'ils étaient après la 6e séance. Les réflexes rotuliens restent exagérés.

Obs. V. — Un homme de 44 ans présente depuis 4 ans des troubles progressifs de la marche. On constate, en effet, à son entrée, de la parésie des muscles inférieurs, surtout du gauche, avec exagération bilatérale des réflexes, de la parésie des membres supérieurs surtout du gauche, avec atrophie portant sur la main (forme Aran Duchenne, doigt en griffe), de la cyanose, du refroidissement, de l'œdème de la main gauche Il existe une dissociation syringomyélique de la sensibilité dans le domaine de C^5, C^6, C^7, C^8, et D^1 du côté droit ; à gauche, dans le domaine de C^3 à C^8 et de D^1 à $D^?$; enfin, à la cuisse gauche dans la zone correspondant à L^2 et L^3.

En outre, cypho-scoliose à convexité droite très accusée.

Dès la 2e séance, le malade accuse plus de souplesse de tous les mouvements : il marche sans l'aide de sa canne ; il boutonne sa capote ; il se lève de sur sa chaise sans s'aider des bras ; toutes choses qu'il lui était impossible de faire ; la peau des mains, cyanosée et œdématiée, s'est assouplie et amincie. Les troubles de la sensibilité restent les mêmes.

En 2 mois 1/2 sur la colonne cervicale 17 applications ont été faites à gauche, 5 à droite, 12 sur la région lombaire. Les améliorations motrices restent les mêmes au 1er août.

Si nous essayons maintenant de rapprocher tous ces cas les uns des autres et de comparer les résultats obtenus, il est indéniable que ceux-ci sont des plus encourageant.

Et d'abord tous nos malades ont été améliorés ; les uns d'une façon très remarquable (obs. I, II, III), les autres d'une façon moins frappante, mais incontestable (obs. 4 et 5).

Dans tous les cas l'amélioration a d'abord porté sur la motilité. Les expressions employées par les malades sont toujours les mêmes : ils se sentent « plus forts » et «moins raides dans leurs mouvements ».

Ceci est tout à fait net dans l'observation I, dans laquelle le malade avait les deux mains absolument immobilisées en griffe et peut aujourd'hui accomplir très facilement les mouvements de flexion, d'extension et même d'écartement des doigts ; dans l'observation V, le malade, au bout de quelques séances, abandonne sa canne, passe de la position assise à la position debout sans s'aider des bras, peut boutonner sa capote, exécuter des mouvements auparavant impossibles. Dans l'observation II, le malade, au bout de quinze jours de traitement, dessine pendant deux heures consécutives, alors que depuis six mois il avait abandonné pinceaux et crayons.

Il semble que pour obtenir ce résultat, l'action ait porté davantage sur l'élément spasmodique que sur l'élément véritablement parétique ; ou si l'on veut, il semble qu'à la période de début de la syringomyélie, l'impotence fonctionnelle soit plus le fait de la spasmodicité que de la parésie musculaire.

Un autre phénomène très caractérique est l'action rapide sur les troubles trophiques. Ceci est particulièrement remarquable dans l'observation I : l'aspect succulent de la main, l'abaissement de la température et les sueurs profuses, les fissures et les plaies cutanées, tout cela a disparu au bout de peu de séances. Les ongles mêmes ont repoussé sur les moignons des phalanges spontanément résorbées.

Même constatation dans l'observation V. Ce qui frappait surtout le malade était la diminution de «l'enflure» des mains à laquelle il attribuait une grande part de son impotence.

Quant à l'atrophie musculaire, elle nous a paru moins nettement influencée. Toutefois dans l'observation IV, l'atrophie musculaire des mains, qui s'était installée en quelques semaines (symptôme qui avait particulièrement effrayé la malade et attiré son attention) n'a pas bougé à partir du jour où le traitement fut commencé ; elle a certainement subi un arrêt à dater de ce jour ; simple coïncidence ou effet du traitement ? Nous ne savons. Arrêt de l'atrophie également dans l'observation II ; l'atrophie nous semble même moins marquée dans ce cas que lors du premier examen.

Les effets du traitement sont moins nets en ce qui concerne les anesthésies.

Chez tous les malades que nous avons soumis au traitement, deux phénomènes de grande importance sont à noter : d'abord la précocité des résultats obtenus. C'est après la troisième ou quatrième séance que sont obtenus les effets les plus appréciables, en particulier le retour de la force musculaire et la disparition des troubles trophiques. Dans les séances consécutives, les améliorations sont beaucoup plus lentes et moins apparentes d'un jour à l'autre.

Mais, ce qui n'a pas été sans nous causer quelque surprise, c'est la persistance et la continuation de l'amélioration après la suppression du traitement. Dans l'observation I, ce phénomène est des plus nets.

Il en est de même dans l'observation II.

En rapprochant ces deux ordres de faits l'un de l'autre, il y a même lieu de se demander si nous n'avons pas exagéré le nombre des séances de traitement et si nous n'aurions pas obtenu les mêmes résultats en nous bornant à faire cinq ou six applications.

En tous cas, ce qui est frappant, c'est que toutes les améliorations obtenues se sont maintenues jusqu'à ce jour.

Nous pensons toutefois qu'il y a intérêt à multiplier les séances, surtout en raison de ce fait que les appareils dont nous disposons n'ayant qu'une faible surface et les lésions syringomyéliques étant souvent beaucoup plus étendues qu'on serait tenté de le croire, il est important d'irradier la plus grande étendue possible de la moelle et de dépasser même les limites de la région supposée malade.

Les appareils semblent en effet n'avoir qu'un très faible pouvoir de diffusion et n'agir qu'en un point très limité.

L'observation I est à ce sujet des plus intéressantes : pendant 25 séances, dont la durée totale fut de 30 heures, l'appareil fut appliqué uniquement sur le côté droit de la région cervicale. Or l'amélioration ne porta que sur le membre supérieur droit. Puis le côté gauche fut alors irradié à son tour : au bout de 4 ou 5 séances, le côté gauche commença à s'améliorer d'abord très nettement, puis d'une façon progressive mais moins rapide. Cette observation a véritablement à nos yeux la valeur d'une expérience.

Lorsque l'on compare les résultats obtenus par les applications de radium dans la syringomyélie à ceux qu'ont rapportés MM. Lhermitte et Beaujard dans le traitement de la même affection par les rayons de Rœntgen, on ne peut qu'être frappé de leur ressemblance.

Avec le radium comme avec la radiothérapie, ce sont les mêmes symptômes qui sont améliorés et dans le même ordre chronologique : d'abord le retour de la force musculaire, la plus grande étendue et la plus grande souplesse des mouvements, la disparition des troubles trophiques ; dans l'une et l'autre des deux méthodes, l'atrophie musculaire ne semble que peu influencée ; enfin les troubles de sensibilité sont les derniers améliorés, la sensibilité tactile étant recouvrée la première, la sensibilité thermique beaucoup plus tard et assez imparfaitement.

Le mode d'action des deux variétés de radiations, rayonnement du radium et rayons de Rœntgen, doit vraisemblablement être très analogue.

La lésion fondamentale de la syringomyélie est constituée par une prolifération anormale de la névroglie d'une part et par des lésions vasculaires dégénératives et prolifératives d'autre part.

La prolifération névroglique peut être considérée comme une véritable néoplasie, d'allure très particulière, différant par de nombreux caractères des néoplasies épithéliales ou conjonctives, mais relevant au point de vue anatomo-pathologique du gliome circonscrit ou de la gliomatose diffuse.

L'expérience a montré l'action très nette du rayonnement du radium sur les tissus néoplasiques, en particulier sur les épithéliomas de la peau, de certaines muqueuses. Le rayonnement semble déterminer (par quel mécanisme, nous l'ignorons) un arrêt dans l'évolution pathologique des éléments cellulaires vers la multiplication envahissante et désordonnée. Les cellules un moment

troublées dans leur évolution normale, cessent de proliférer sous l'action de rayonnement.

La grande ressemblance qui existe entre les proliférations néoplasiques des différents tissus et les proliférations névrogliques du tissu nerveux devait permettre d'espérer qu'un agent thérapeutique capable de modifier les uns serait capable de modifier les autres.

La preuve en a été faite pour les rayons de Rœntgen. Nous venons de la faire pour les rayons émis par le radium.

Mais le gliome médullaire ne se borne pas à des effets de prolifération névroglique, il est essentiellement destructif; c'est à ce processus qu'est due la formation de cavités médullaires. Ces deux processus prolifératif et destructif s'associent pour réaliser le syndrome syringomyélique. A la période de début, le processus prolifératif détermine surtout des phénomènes de compression, des troubles circulatoires, de la stase, de l'œdème. C'est à cette période que doit triompher le traitement par les rayons. C'est à des cas jeunes que nous nous sommes adressés et nous avons obtenu des résultats d'autant meilleurs que le début de l'affection était plus récent.

Lorsque l'affection est déjà ancienne, le processus de destruction a fait son œuvre et l'amélioration est beaucoup plus aléatoire. Mais dans ces cas, nous pensons que le traitement doit être tenté néanmoins, car s'il ne peut faire renaître les tissus définitivement détruits, il peut au moins arrêter l'évolution des processus destructifs.

Est-il possible actuellement d'émettre un avis sur la supériorité de l'une ou de l'autre méthode, de la rœntgenthérapie ou de la radiumthérapie. Evidemment non. Les deux méthodes sont très voisines l'une de l'autre. Si par les rayons de Rœntgen il est possible d'irradier une plus large étendue de moelle, les rayons du radium sont par contre beaucoup plus pénétrants et ne connaissent pas l'obstacle opposé aux rayons de Rœntgen par la colonne vertébrale. Si, d'autre part, les rayons γ du radium peuvent dans une certaine mesure être assimilés aux rayons X, les rayons β durs sont un élément inconnu en radiothérapie.

Les deux procédés ne doivent pas s'exclure l'un l'autre. L'avenir précisera les indications et les contre-indications de leur choix.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE A L'ÉTRANGER

L'albuminurie hyperacide.

Par une série de recherches méthodiques poursuivies à Neuvitelsbach, près de Munich, v. Hœsslin a été amené à conclure que les alcalins, dont on savait l'action favorable sur la marche de certaines néphrites, sont surtout efficaces contre les albuminuries coexistant avec une acidité urinaire élevée et que certaines de ces albuminuries sont fonction de l'acidité urinaire même.

Les études sur ce sujet, continuées depuis 1907 (1), ont été provoquées par l'observation d'un malade soigné depuis un an pour une néphrite assez légère, sans aucun succès. L'état général du sujet était bon, le cœur ne présentait pas d'hypertrophie, la pression sanguine était à peine au-dessus de la normale, et l'origine de la néphrite inconnue. L'examen des urines mit constamment en évidence de 0 gr. 5 à 0 gr. 8 d'albumine par litre, ainsi que des cylindres épithéliaux. Le poids spécifique de l'urine était élevé, la quantité émise inférieure à la normale, les chlorures complètement et rapidement éliminés. La perméabilité rénale, vérifiée encore par l'épreuve de l'iodure de potassium, était donc parfaite.

Ne trouvant pas trace chez ce malade des lésions rénales habituelles ni de symptômes cliniques de néphrite, mais ayant remarqué que l'albuminurie semblait varier avec l'acidité urinaire généralement élevée, v. Hœsslin eut l'idée de rechercher s'il existait des relations entre ces deux faits.

L'albuminurie, très légère au moment où il entreprit ses expériences, monta à 0 gr. 7 par litre dès que l'on fit prendre au malade 3 gr. d'acide phosphorique par jour. Lorsque l'on remplaça l'acide phosphorique par 9 gr. de bicarbonate de soude, on vit baisser considérablement l'acidité urinaire et disparaître l'albuminurie et la glycosurie.

L'albumine et les cylindres reparurent en petite quantité 2 jours après que la dose de bicarbonate de soude eût été réduite de moitié et disparurent de nouveau lorsque cette dose fut reportée à 9 gr. Il en fut ainsi chaque fois que l'on supprima le bicarbonate et chaque fois qu'on le reprit.

Le 20e jour des expériences, v. Hœsslin put constater qu'une promenade à cheval de 2 heures ne fit plus apparaître d'albumine chez le malade qui prenait du bicarbonate, comme cela était le cas constant auparavant. Malheureusement, ce dernier fut si satisfait de cette constatation qu'il se refusa à rester plus longtemps en observation.

***

Il a donc été possible de provoquer avec une précision expérimentale l'albuminurie et la cylindrurie par l'augmentation de l'acidité urinaire et de les faire disparaître par la diminution de cette acidité, toutes les autres conditions restant les mêmes. Des constatations identiques ont été faites ensuite dans des cas nombreux. Toutefois, dans les néphrites chroniques graves, cette influence défavorable de l'acidité n'a pu être mise en évidence; ces néphrites, du reste, coexistent le plus souvent avec une acidité urinaire peu élevée. Cependant, l'albuminurie consécutive à une néphrite parenchymateuse subaiguë, mais sévère, qui s'accompagnait d'une acidité urinaire au-dessus de la normale, se montre actuellement très heureusement influencée par l'emploi d'une très forte dose de bicarbonate de soude qu'il a fallu élever à 15 gr.

Dans un cas de néphrite parenchymateuse consécutive à la diphtérie, l'acidité et l'albuminurie ont subi aussi des variations parallèles.

Dans les albuminuries orthostatiques, l'existence de tels rapports n'a pu être mise en évidence jusqu'à présent.

L'augmentation de l'acidité totale de l'urine paraît être uniquement le fait de l'augmentation de l'acide phosphorique éliminé, la quantité d'acide urique, dans tous ces essais, n'ayant que peu varié.

En recherchant, d'autre part, la rapidité d'élimination des chlorures, v. Hœsslin a pu constater que cette élimination était incontestablement retardée lorsque l'acidité urinaire était élevée, et accélérée lorsque cette acidité était abaissée au moyen de bicarbonate de soude. Et il conclut de ce fait que l'abaissement du taux de l'acidité est favorable à la fonction rénale et l'améliore.

***

Comme conclusions à ces expériences, il apparaît dès maintenant indiqué pour v. Hoesslin de déterminer dans

(1) *Münchener med. Woch.*, n° 33, 7 août 1907.

toute albuminurie, surtout dans les cas si nombreux où toute étiologie nous est inconnue, l'acidité urinaire et de rechercher ensuite s'il existe des rapports entre cette acidité et l'albuminurie. Lorsque de tels rapports paraissent évidents, il faudra chercher par tâtonnements quelle est la dose d'alcalins nécessaire pour faire baisser fortement l'acidité et réduire au minimum l'albuminurie.

Des recherches ultérieures, avec vérification anatomique à l'appui, devront établir si « l'albuminurie hyperacide » n'est que le précurseur ou le symptôme de graves lésions du rein, ou bien s'il existe une véritable néphrite hyperacide idiopathique.

Tuméfaction généralisée de l'appareil lymphatique dans la rubéole.

Il est à peu près constant de trouver dans la rubéole le gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, mais il est certainement beaucoup moins commun de noter dans cette affection une participation de la plupart des ganglions au processus inflammatoire. Dans une épidémie de rubéole observée par Hamburger et Schey (1) à Vienne, cet été, ceux-ci ont rencontré en outre du gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, l'augmentation de volume des ganglions occipitaux et mastoïdiens. Ce fait les ayant amenés à rechercher si la rubéole ne provoquait pas une réaction généralisée du système lymphatique, ils ont vu qu'en effet, ils constataient très souvent la coexistence de ganglions inguinaux et axillaires, cubitaux et thoraciques.

Pour se mettre à l'abri d'erreur d'interprétation et ne pas attribuer à l'infection rubéolique des adénites préexistantes, les auteurs ont soumis à l'examen des enfants ayant été en contact avec d'autres enfants atteints de rubéole ; or, ceux-là présentaient tout à coup une augmentation de volume de leurs ganglions qui précédait de quelques jours l'apparition de l'exanthème.

Le gonflement ganglionnaire était plus ou moins marqué selon les cas, et parfois les enfants étaient amenés à la consultation pour les adénites et non pour l'éruption, souvent fruste et passagère.

Les 45 cas observés par Hamburger et Schey présentaient tous cette participation généralisée de l'appareil lymphatique à l'infection, qui fut malgré cela, en somme, fort légère. Et on peut se demander si ce caractère a été plus spécial à une forme épidémique, ou s'il se retrouve avec la même constance dans toute rubéole où il aurait souvent passé inaperçu. G. LŒSER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre 1909.

Discussion sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde (Suite). — M. *Chantemesse* croit à la grande fréquence de la contagion interhumaine, il en a vu de nombreux exemples.

Les cas de fièvre typhoïde en apparence spontanée ne sont pas dus à la transformation d'un colibacille en bacille typhique. Cette transformation ne peut être admise et l'auteur ne change rien à ce qu'il a dit avec M. Vidal : « Quand on étudie de près le colibacille et le bacille typhique, sous des similitudes apparentes, on ne découvre que des différences. » Les cas de typhoïdes sont dus au réchauffement de bacilles d'Eberth, hôtes latents de l'intestin de l'homme, ou à l'absorption de bacilles virulents.

(1) *Munchener med. Woch.*, n° 45, 9 nov. 1909.

M. *Chantemesse* se range du côté de MM. Vincent et Vaillard pour déclarer que les laboratoires de bactériologie sont de plus en plus nécessaires. Mais comme il demeure difficile d'agir sur les porteurs de Bacilles, peut-être y aurait-il lieu d'instituer dans les milieux contaminés la pratique de la vaccination antityphique, qui date des expériences de Chantemesse et Widal (1888).

M. *Widal* persiste à croire, lui aussi, à la spécificité du bacille d'Eberth. Il en donne des preuves, dont la principale est la réaction agglutinante, à condition qu'on prenne soin de toujours mesurer le pouvoir agglutinatif. Cette réaction permet même de distinguer les divers paratyphiques les uns des autres. Elle montre toutes les différences qui séparent les unes des autres les diverses espèces de coli-bacilles ou de paratyphiques, alors qu'elle établit l'identité des divers échantillons de bacilles typhiques, quelle que soit leur provenance.

M. *Vaillard* est partisan de l'essai de la vaccination antityphique, qui a donné d'excellents résultats dans l'armée coloniale anglaise et dans l'armée allemande qui lutta contre les Herreros. La question a été bien étudiée en France par M. Vincent; il y aurait lieu de pratiquer la vaccination chez les troupes françaises d'Algérie, où la fièvre typhoïde fait de si nombreuses victimes.

M. Vincent appuie cette proposition.

M. Chauffard trouve dans le personnel hospitalier, si souvent atteint par la fièvre typhoïde, un nouveau milieu où il conviendrait d'essayer la vaccination antityphique.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale. — *M. Mosny* est élu au premier tour par 65 voix sur 78 votants. (Benjamin BORD).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 décembre 1909.

M. *Netter*. — A propos de la communication de M. Claude, tient à affirmer que tous les cas de maladie de Heine-EdIng observés par lui parlent en faveur de l'épidimicité de cette affection.

Fièvre de Malte. — M. *Gouget* présente un malade, suivi par lui dans son service, et qui a été atteint par cette maladie. La courbe de température particulière, les sueurs profuses, la formule hématologique typique, ont permis de faire le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et le paludisme. L'étiologie du cas est inconnue.

M. *Lenoir* a déposé le rapport de la commission de la Société nommée pour étudier la question de l'admission des malades dans les hôpitaux. Ce rapport sera présenté et défendu devant le Conseil de surveillance. FRIEDEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1909.

Les kystes hydatiques multiples du foie. — M. *Sieur*. — J'ai eu l'occasion d'opérer un cas de kystes hydatiques multiples, en 1903 chez un spahi, vieux bronchitique et paludéen. On voyait à droite, sous le foie, une masse descendant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice et ayant tous les caractères d'une tumeur kystique.

En outre, en pratiquant le toucher rectal on constatait la présence d'une masse arrondie et volumineuse remplissant le cul-de-sac vésico-rectal. J'opérai d'abord le kyste hépatique à la cocaïne locale. J'arrivai sur la poche, la ponctionnai et la vidai après formolage. Tout se passa bien d'abord. Mais un mois après, la poche reparut et la ponction donna issue à un liquide riche en albumine. Huit jours après, une nouvelle ponction fut nécessaire. J'y injectai alors de la glycérine iodoformée et la poche ne se reproduisit plus.

Peu après j'opérai le malade plus largement et trouvai six kystes dans l'épiploon et le mésentère. Celui du cul-de-sac vésico-rectal, je dus me contenter de le ponctionner et de le vider de sa membrane. Mais m'étant servi de fils mal aseptisés le malade fit de l'infection autour de ses fils et il ne se remonta pas et mourut. A l'autopsie je trouvai dans le foie les restes du kyste primitivement opéré. Le lobe gauche en outre était farci de kystes

dégénérés et morts, par suite, me semble-t-il de la pénétration de bile dans leur cavité. Ce c s me paraît montrer l'utilité du capitonnage qui eût empêché le premier kyste de se reproduire comme il le fit.

M. *Lejars*. — Je tiens à vous apporter ma statistique intégrale. Depuis 1903 j'ai opéré 38 malades atteints de kystes hydatiques, dont 2 ont été opérés deux fois. Ce qui me fait un total de 40 interventions.

Neuf fois il s'agissait de kystes suppurés. L'un siègeait chez une femme âgée qui succomba. Une deuxième malade sortit au 32e jour en bon état mais mourut un mois après, chez elle.

J'ai fait 17 fois la marsupialisation avec 3 morts. Mais dans ces cas il s'agissait de kystes très volumineux chez des malades très fatigués. La 3e avait 61 ans et avait un gros kyste de la région para-vésiculaire. Elle mourut au bout de deux mois sans avoir présenté aucun accident bien caractéristique. Mes 14 autres malades ont guéri. Ils ont quitté l'hôpital ou la maison de santé au bout d'un temps variable, mais toujours avec un trajet persistant qui mettait encore quelque temps à se fermer. La cholerrhagie retarde le plus souvent la guérison mais disparaît cependant avec le temps. La suppuration n'est pas du tout nécessaire à la guérison! J'ai vu une jeune fille de 16 ans atteinte d'un kyste énorme à paroi absolument calcifiée et dont la guérison paraissait devoir être extrêmement lente guérir parfaitement en 6 mois sans avoir eu, grâce aux soins éclairés de son frère, un de mes élèves, d'infection de la poche. Deux de ces malades furent réopérés pour des récidives, l'un deux 4 ans après pour un kyste de la paroi, développé dans la cicatrice. Je profitai de l'ouverture pour regarder le foie qui était parfaitement cicatrisé.

Un troisième fut réopéré pour faire secondairement le capitonnage de la poche.

Dans 10 cas j'ai employé la méthode de Bobroff-Delbet. Deux fois j'ai capitonné — 6 fois j'ai réussi sans drainage Une fois j'ai drainé — une fois j'ai laissé un faisceau de crins. J'ai eu 9 guérisons et 1 mort. Mais celle-ci est survenue non par la faute de la méthode mais parce que des incidents opératoires me firent prolong r l'opération plus qu'il ne l'eût fallu chez un sujet très gros. Il succomba le lendemain avec des accidents cardio-pulmonaires.

La guérison des autres malades s'est faite en 17 à 42 jours. Ce temps peut sembler long. Mais c'est qu'il me semble utile d'attendre que la tuméfaction hépatique, la cicatrice hépatique ait diminué ou disparu.

Décollement épiphysaire du tibia. — M. *Broca*. — Je vous apporte des radiographies qui montrent bien l'analogie qui existe entre cette lésion et la fracture de Dupuytren chez l'adulte. Le même mécanisme les provoque : le péroné se brise et chez l'enfant il se produit un bâillement de dedans en dehors de la ligne de conjugaison, alors que chez l'adulte il y a arrachement de la malléole tibiale. Le plus souvent il y a peu de déplacement. On trouve un point douloureux au niveau du péroné et tout le long du cartilage conjugal. La réduction est facile et la guérison en général parfaite.

Actinomycose de la région hyoïdienne. — M. *Picqué* communique au nom de M. Rouvillois un cas d'actinomycose de la région sus-hyoïdienne, localisation exceptionnelle, survenue chez un soldat ancien cocher.

Péritonite traumatique sans lésions viscérales. — M. *Tuffier* fait un rapport sur une observation de M. Guibal (Béziers), ayant trait à un homme de 59 ans qui 2 jours après avoir été renversé et écrasé par un camion présenta des signes de péritonite aiguë. La laparotomie montra qu'il n'y avait dans le péritoine que quelques cuillerées d'un liq ide louche. Aucune lésion de l'intestin, sauf une anse distendue, à 80 cent. au-dessous du duodénum, rouge et clapotante. Cette anse sert de base à une ecchymose triangulaire du mésentère, laquelle a son sommet sur le flanc gauche de la 2e lombaire. Cependant les artères battent bien et les veines paraissent intactes. Un drain fut laissé au contact de l'anse et le ventre refermé. Le blessé mourut vingt heures après et l'autopsie ne put être faite.

Il existe déjà quelques cas de ce genre dans lesquels on n'a pu trouver de déchirure ou de plaie intestinale expliquant la péritonite. Peut-être la lésion mésentérique entraîne-t-elle des désordres vasculaires ou nerveux qui permettent aux germes de traverser les tuniques intestinales et de pénétrer dans le péritoine.

Présentation de malades. — M. *Tuffier* présente un cas de pyélonéphrite tuberculeuse concomitante à des calculs primitifs du rein, guéri par néphrectomie.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 décembre 1909.

Présentation de pièces. — M. *Dartigues*. — Elimination totale de la musculo-muqueuse de l'appendice à travers l'intestin. Résection du moignon. Guérison.

L'observation clinique, l'opération et l'examen histologique démontrent très nettement que la pièce expulsée est en effet l'appendice.

M. *Monnier* montre un appareil qu'il a imaginé en 1891 pour maintenir redressé un pouce bot dont il fait voir les moulages avant et après l'opération. Cette fois-ci, il l'a appliqué sur un enfant atteint de pouce bot par bride cicatricielle, suite de brûlures, qu'il a opéré par le procédé classique des V cutanés, avec section de la bride sous-jacente.

Cet appareil se compose d'un bracelet en cuir moulé, sur lequel est fixée une tige métallique digitale, avec deux demi-bagues maintenant les phalanges rectilignes : on peut l'enlever chaque jour et masser le doigt.

M. *Paul Delbet* présente une malade qui, atteinte il y a 16 ans d'épithéliome utérin jugé par beaucoup inopérable, fut opérée à cette époque par hystérectomie abdominale totale : elle est restée 16 ans en bonne santé et vient d'être réopérée d'une récidive endovésicale.

M. *Paul Delbet* présente le thermo cautère du Dr Granel. Le manche renferme l'essence et un robinet spécial permet de régler très exactement la température du couteau.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Seance du 10 décembre 1909. — Présidence de M. Buret, président.

Contagion de la diphtérie aviaire pour l'homme. — M. *Thomas* communique l'observation d'une femme qui a présenté au pouce une affection ressemblant à un panaris. L'examen bactériologique a permis de trouver dans la fausse membrane examinée par frottis, des bâtonnets prenant le gram, groupés en amas et qui semblaient être des bacilles de Lœffler. La malade a guéri par des lavages à l'eau phéniquée et des badigeonnages matin et soir à la teinture d'iode.

Contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, l'auteur croit pouvoir affirmer que l'affection d'origine diphtérique avait été communiquée par une poule atteinte de diphtérie.

Le pouls lent temporaire dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. *Thomas* cite trois observations de pouls lent temporaire observé chez des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et qui ont présenté ce symptôme curieux au moment même où ils auraient dû, d'après les données cliniques universellement admises, présenter un pouls fréquent et une température élevée.

L'utilité de cette communication paraît résider surtout en ce fait que le pouls lent temporaire peut être considéré comme un des premiers, sinon le premier signe qui doit au cours du rhumatisme, attirer l'attention du médecin sur le cœur.

M. *Léopold Lévi*. — Le pouls ralenti et inégal n'est pas exceptionnel dans *les convalescences* des maladies aiguës. M. Léopold-Lévi l'a lui-même constaté dans le rhumatisme articulaire aigu. Son *pronostic* est régulièrement favorable. En ce qui concerne la *pathogénie* du pouls ralenti, il y a lieu d'invoquer la théorie thyroïdienne, étant donnée l'action du corps thyroïde sur la tachycardie de la maladie de Basedow, la brachycardie du myxœdème et la surfonction thyroïdienne dans le rhumatisme articulaire aigu mise en avant par M. Vincent, et à laquelle succède parfois une sous-fonction se traduisant en particulier par l'apparition du rhumatisme chronique.

Assemblée générale. — Lecture du rapport du Secrétaire général.

Adoption des rapports du trésorier et de la commission des comptes.

Elections. — Le Bureau est ainsi constitué pour 1910 :

Président : M. Boursier.

Vice-Présidents : MM. Cayla, Bourdel, Carron de la Carrière.

Secrétaire général : M. Paul Guillon.

Secrétaire général adjoint : M. Dubar.

Secrétaires des séances : MM. Blanche, Blondin, Gigon, Mortier.

Trésorier : M. Monel.

Trésorier adjoint : M. Nigay.

MM. Buret et Butte sont nommés membres du Conseil d'administration et M. Letulle, membre du Comité de publication.

ANALYSES

Existe-t-il un véritable diabète syphilitique ? Par le Dr G. Sarra. (*Gazetta degli Ospedali* 13 juin 1909.)

Ce fut Leudet qui en 1857 insista sur les relations du diabète et de la syphilis. Depuis cette époque, les avis sont très partagés; si la plupart des syphiligraphes admettent l'existence du diabète syphilitique, en revanche des médecins, tels que von Noorden et Cantani, dont les études sur le diabète sont connues de tous, hésitent à admettre une relation de cause à effet entre la syphilis et le diabète. G. Sarra a tenté de se faire une opinion sur cette question si controversée. C'est ainsi que, sur 525 syphilitiques avérés, il n'a rencontré que 0.38 % de diabétiques, proportion évidemment très faible ; ce qui semble donner raison à Cantani, lorsqu'il dit qu'étant donnée la fréquence extrême de la syphilis, on devrait rencontrer de nombreux cas de diabète. Il faut donc être très réservé, avant de mettre l'étiquette syphilitique sur un diabète donné. Il existe encore un autre argument : le traitement mercuriel et ioduré n'influence pas la plupart des diabétiques syphilitiques. Cependant l'auteur cite quelques faits contraires, dans lequels un traitement spécifique amena la disparition d'une glycosurie rebelle jusque-là à toute médication et à tout régime..

De tout cela on peut conclure que le diabète d'origine syphilitique existe, mais qu'il est exceptionnel ; et qu'avant d'affirmer la relation de la syphilis avec le diabète, il faut avoir tenté l'épreuve thérapeutique. F. R.

Le microbe de la variole; par les Dr Prowazek et Aragao (*Académie de médecine de Rio-de-Janeiro*, 1909.)

Les auteurs, mettant à profit la propriété du virus varioleux de traverser le filtre Berkefeld, recueillirent le contenu de pustules récentes, le filtrèrent d'abord sur papier Unlenhult, puis sur un filtre Berkefeld, afin de le débarrasser des débris cellulaires et des microbes habituels. Puis ils eurent recours à la méthode des filtres sur agar de Bechholdes pour la filtration des colloïdes. Ils obtinrent de cette façon une émulsion pure sur la gélose filtrante de corpuscules visibles à l'ultra-microscope, arrondis, disposés le plus souvent en diplocoques, se colorant bien par le Ziehl ou le Giemsa, mais se décolorant par la méthode de Gram. Ils ne prennent pas non plus le neutralrot, ni le crésylblau. Ces corpuscules n'ont aucune ressemblance avec ceux de Guarneri. R.

Contribution à la symptomatologie et à la thérapeutique des faux diverticules (diverticules acquis) du gros intestin, par le Prof. Félix Franck. (*Deutsche Medz. Woch.*, 1909, n° 3.)

Il est fréquent de rencontrer des diverticules microscopiques de l'intestin, les diverticules volumineux sont plus rares. On observe ceux-ci dans toutes les portions de l'intestin, mais principalement au niveau de la fossette sigmoïde. Leur nombre varie de 1 à plusieurs centaines, généralement ils siègent à l'insertion du mésentère, sont de forme arrondie ou allongée, souvent pédiculés. Ces faux diverticules ont été confondus avec les vrais, car parfois ils possèdent comme eux des fibres musculaires. Leur étiologie est encore obscure ; on les rencontre surtout chez les personnes âgées. Ces diverticules peuvent être le point de départ de diverticulites et de péri-diverticulites Celles-ci peuvent alors être l'origine d'une péritonite sans perforation, par simple migration de bacilles à travers la paroi, ou bien il se développe une inflammation chronique proliférante avec épaississement de la paroi, formation de tumeur ou de sténose, d'adhérences ou d'abcès aboutissant à des perforations. Parfois, on a vu des carcinomes prendre naissance aux dépens de ces formations.

Les symptômes cliniques ressemblent à ceux de l'appendicite, mais le siège de la tumeur est dans la région abdominale gauche. Si la tuméfaction qu'on perçoit est arrondie et circonscrite, on se basera, pour éliminer le carcinome, sur l'absence presque absolue d'hémorrhagies. Si la tumeur est allongée, boudinée, le diagnostic est plus facile. On pourra ainsi être alors en présence d'un épaississement plus ou moins marqué de la paroi du gros intestin, qu'on pourra quelquefois mobiliser et rouler sous le doigt. La plupart des cas décrits comme colite ou sigmoïdite seraient en réalité, d'après Franck, des diverticulites. Il rapporte l'histoire d'un malade traité de longues années pour une colite rebelle accompagnée de diarrhée continue, chez lequel l'intervention opératoire amena la constatation d'une affection d'un diverticule et la guérison. Si dans la plupart des cas, cette guérison est spontanée, on doit pratiquer l'opération (colostomie, résection), là où elle fait défaut. Franck pense que l'avenir apportera des contributions nouvelles à la connaissance de cette affection et lui fera assigner une importance plus grande que celle qui lui est attribuée à l'heure actuelle. G. Loeser.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences sur la prophylaxie des maladies vénériennes; par le Dr Le Roy. (Chez Maloine, Paris, 1909).

Ce livre en est a sa deuxième édition, c'est dire le succès qu'il a obtenu.

Dans cette seconde édition, l'auteur a développé les découvertes récentes accomplies jusqu'à ce jour et il s'est attaché à étudier les conséquences que comporte la connaissance de l'agent spécifique de la syphilis au point de vue de l'évolution et du pronostic de la maladie et de la thérapeutique qu'il convient de lui appliquer. G. M.

Traitement des dermatoses par le radium ; par le Dr Masotti (Baillière et fils, éditeurs.)

Le Dr Masotti vient de faire paraître chez Baillière un recueil de conférences qu'il a faites à l'hôpital St-Louis. Il y expose la technique du traitement des dermatoses par le radium et montre par des photographies saisissantes les heureux résultats obtenus, en particulier sur des cancers où d'autres traitements étaient restés sans efficacité. Ces heureux résultats sont dus certainement soit à la technique spéciale employée, soit à la grande habileté professionnelle de l'opérateur.

Les médecins pourront trouver dans le recueil de M. Masotti, des renseignements très précieux sur la méthode à employer selon la forme spéciale des dermatoses. L'auteur termine son ouvrage en montrant la supériorité du radium sur les autres traitements en ce qui touche les nævi, les chéloïdes et l'épithélioma. Il engage seulement les radiumthérapeutes à procéder avec une extrême prudence en particulier quand il s'agit d'affections concernant l'esthétique, où il s'impose que les résultats obtenus soient parfaits.

L'hypophyse et la médication hypophysaire ; Par A. Delille. (Steinheil, édit. Paris, 1909.)

C'est encore là un sujet à l'ordre du jour. On y trouvera exposées les vues cliniques de M. Rénon, et les recherches très originales et intéressantes de l'auteur, tant sur l'anatomie que sur la physiologie et l'action thérapeutique de l'hypophyse. Le livre se termine par une indication bibliographique très complète de la question. X.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les insufflations gazeuses en thérapie gastro-intestinale ;

Par M. Paul CARNOT, agrégé,
Médecin des hôpitaux.

La méthode des insufflations gazeuses nous a maintes fois rendu service en thérapie gastro-intestinale : aussi croyons-nous bon de la faire connaître.

On peut l'utiliser par voie gastrique et par voie rectale : par voie gastrique, il suffit d'introduire dans l'estomac (parfois même, simplement dans l'œsophage) une sonde que l'on met en communication avec un réservoir de gaz (un ballon d'oxygène, par exemple, ou une bombe à acide carbonique). Avec une pression suffisante (enregistrée au besoin par un manomètre), l'air pénètre dans l'estomac et le distend progressivement. On a soin d'arrêter l'introduction de gaz dès que le malade éprouve une sensation douloureuse de tension gastrique.

Lorsqu'il n'y a pas d'éructations, l'estomac reste gonflé pendant un certain temps : puis, le pylore s'entr'ouvre spasmodiquement, et le gaz pénètre dans le duodenum par nne série de « pets pyloriques » ; il chemine ensuite très rapidement dans l'intestin grêle, en indiquant son passage par des gargouillements ; bientôt, après quelques heures, une abondante évacuation de gaz ne laisse aucun doute sur la traversée totale du tube digestif.

Chez des chiens munis d'une fistule duodénale nous avons pu nous rendre compte de ces différents temps, et notamment de la rapidité du passage pylorique.

L'insufflation gastrique de gaz aboutit donc à une insufflation gastro-intestinale, et le volume, la tension, la nature des gaz ingérés peuvent agir sur les différents segments du tube digestif.

Par une autre méthode, on peut pratiquer des insufflations rectales de gaz, en mettant une sonde rectale, enfoncée assez profondément, en communication avec un réservoir de gaz ; on insuffle ainsi le gros intestin et le gaz remonte souvent fort loin, s'infiltrant facilement entre les bols fécaux aussi bien qu'à travers l'hiatus de Winslow.

Le *volume* des gaz introduits par voie gastrique ou par voie rectale est assez considérable : il n'est, d'ailleurs, pas d'une estimation facile : car il est, naturellement, modifié considérablement par la pression et celle-ci varie d'un moment à l'autre.

La *pression*, enregistrée avec un manomètre, ne doit pas dépasser habituellement une vingtaine de centimètres d'eau : le plus souvent, elle est inférieure à ce chiffre ; la pression nécessaire et suffisante est, surtout et avant tout, indiquée par l'exquise sensibilité des parois gastriques à la distension : or on sait qu'à cet égard existent de grandes différences : certains estomacs ne tolèrent qu'une pression de quelques centimètres d'eau, tandis que d'autres se laissent distendre sans réaction motrice ou douloureuse, le sentiment de gêne étant surtout alors attribuable à la compression des viscères voisins.

Nous avons, dans certains cas (pour produire des mouvements successivement passifs et actifs de l'estomac) utilisé un dispositif très simple qui permet de modifier rythmiquement la pression et de distendre ainsi l'organe : Il suffit, par exemple, de faire communiquer à plein canal la sonde gastrique avec un sac à oxygène à moitié dégonflé, et sur lequel on appuie rythmiquement pour provoquer, alternativement, dans le sac et dans l'estomac un mouvement de flux et de reflux gazeux susceptible de provoquer la mobilisation des parois gastriques.

La *nature* des gaz insufflés est variable suivant les effets que l'on cherche à produire. Nous avons employé surtout l'oxygène, très facile à se procurer, qui augmente la respiration des cellules gastro-instestinales et a, par là même, sur leur vitalité un pouvoir stimulant considérable, qui a, d'autre part, sur le contenu microbien, surtout anérobie, de l'intestin, une influence frénatrice utilisable.

Nous avons employé, d'autre part, le gaz carbonique, que l'on se procure très facilement aussi en bombes et qui a une action stimulante importante, bien connue pour les eaux gazeuses, pour le champagne, pour les bicarbonates alcalins, mais qu'il y a parfois avantage à employer pur, gazeux et à plus hautes doses, sans intervention de réactions connexes (action des alcalins, de l'alcool, etc.). Enfin nous avons employé l'azote, comme gaz inerte, lorsque nous voulions obtenir seulement des effets mécaniques, sans aucune excitation d'ordre chimique.

Enfin nous avons, dans quelques cas, utilisé l'air chaud.

On pourrait, de même, insuffler dans les cavités digestives telle ou telle vapeur médicamenteuse.



Les *indications* des insufflations gastriques sont de différentes sortes :

a) En premier lieu, on peut chercher à utiliser cette méthode dans les *gastralgies*, en provoquant l'isolement de la muqueuse gastrique irritée ou hypersensible : l'interposition, dans l'estomac, d'un matelas d'air très modérément distendu empêche le contact et le frottement des parois opposées et modifie, par là même, immédiatement les phénomènes douloureux : il se produit alors une sédation importante que l'on peut systématiquement rechercher.

Peut-être l'aérophagie de certains gastralgiques est-elle explicable par le soulagement que provoquent l'ingestion d'air et l'insufflation, spontanée et inconsciente, de leur estomac (du moins, tant que la pression des gaz déglutis reste minime.)

Peut-être aussi, une partie de l'action sédative des bicarbonates, de la potion de Rivière, etc., est-elle due à la distension gazeuse qui suit leur ingestion.

b) En second lieu, on peut utiliser les insufflations gastriques dans les cas d'atonie motrice de l'estomac et de l'intestin.

On peut, en effet, constater facilement, chez des chiens munis de fistule duodénale, que l'insufflation des gaz accélère notablement le passage pylorique des aliments, peut-être en augmentant la tension intra-gastrique, peut-être aussi en réveillant des contractions plus énergiques de la musculature. Chez l'homme, on peut, par des sondages répétés, constater de même une action accélérante de l'insufflation sur le passage pylorique de liquides ingérés.

C'est dans les cas d'estomac atone, réagissant mal aux excitants mécaniques, se laissant facilement distendre et dilater, que l'on peut utiliser les insufflations rythmées dont nous parlions plus haut, afin de provoquer des mouvements passifs et actifs de la paroi gastrique : l'estomac, soumis à des différences de pression, est modifié quant à sa forme : lui-même ne tarde pas à se contracter spontanément ; on réalise donc ainsi une véritable gymnastique gastrique.

Ces mouvements rythmés, provoqués par des modifications périodiques de pression, peuvent être provoqués, de même, au niveau du gros intestin, à l'aide d'une sonde rectale, en cas de constipation atonique. Naturellement, l'intestin grêle y échappe ; mais la présence d'oxygène dans sa cavité semble déjà tonifier le muscle intestinal et en augmenter la puissance.

c) En 3e lieu, on peut chercher à influencer, grâce à la nature même de tel ou tel gaz, les processus fonctionnels de *tout* le tube digestif.

L'oxygène, par exemple, est susceptible de provoquer la respiration tissulaire des épithéliums et des glandes, de hâter leur réparation ou de stimuler leur fonctionnement. Il en résulte une amélioration générale de différents actes glandulaires gastro-intestinaux : nous reviendrons ailleurs sur ce point.

Les insufflations d'acide carbonique ont, d'autre part, une action stimulante sur les glandes gastriques et intestinales, et même sur la musculature.

d) En 4e lieu on peut chercher à modifier la flore microbienne et les fermentations, surtout anaérobies, de l'intestin grâce au *courant d'air* gastro-intestinal ainsi provoqué.

Comme la quantité d'oxygène ingéré est considérable, une partie seulement est brûlée dans les premières voies, et un excès d'oxygène se retrouve jusque dans les anses les plus lointaines : d'où une modification énergique de certaines putréfactions et même de certains processus de la digestion typhique.

***

Ces diverses actions s'enchaînent fréquemment : on peut, du même coup ou séparément, suivant les cas, protéger un estomac hypersensible, tonifier sa motricité, accélérer ses processus glandulaires, et donner un coup de fouet à ses éléments cellulaires, agir enfin sur les fermentations putrides de l'intestin.

De fait, il est assez remarquable, dans certains cas d'embarras gastrique, avec langue saburrale, selles fétides, douleurs gastro-intestinales, de voir les insufflations copieuses d'oxygène provoquer rapidement une amélioration et un nettoyage de tout le tube digestif.

Il est non moins remarquable de constater les effets de la *gymnastique pneumatique* sur certains estomacs atones et dilatés.

Il est, enfin parfois appréciable de pouvoir soulager ainsi certaines douleurs gastriques, assez difficilement analysables, et assez mal soulagées par d'autres procédés.

BACTÉRIOLOGIE

Un procédé nouveau à l'encre de Chine pour la coloration des microbes, particulièrement du spirochète et l'obtention de cultures rigoureusement pures.

En recherchant un procédé lui permettant d'obtenir des cultures pures issues d'un seul élément cellulaire et de réaliser pour les bactéries le mode de culture idéal appliqué par Hansen aux levures, le Professeur Burri, directeur de l'Institut bactériologique de Berne, a découvert en même temps que ce procédé une méthode de coloration nouvelle pour les microbes, particulièrement précieuse pour l'étude du spirochète.

Sa méthode, extrêmement simple et ingénieuse, repose sur les propriétés de l'encre de Chine de colorer d'une manière homogène une préparation contenant des microbes, à l'exception de ces microbes eux-mêmes, dont la membrane se défend contre la pénétration des particules charbonneuses qui constituent les éléments de l'encre de Chine. Une préparation colorée de cette manière offre au microscope l'aspect d'une tâche brunâtre absolument homogène, sur laquelle les microorganismes se détachent comme des points incolores, mais éclatants « comme un pavé égaré sur l'asphalte d'un trottoir ». Elle représente en quelque sorte le cliché négatif d'une préparation habituelle, où les microbes sont les éléments les seuls, ou les plus fortement colorés. Elle a l'avantage évident de laisser intacts les éléments microbiens, toujours altérés par les colorants, tandis que le voisinage de l'encre de Chine semble absolument indifférent à la vitalité de la plupart d'entre eux. Toutefois, ce voisinage semble offensif pour quelques espèces moins résistantes, les espèces sporulées en général et le spirochète, qui perd sa motilité lorsqu'il est décelé par ce procédé.

Les microbes ne sont visibles par la coloration à l'encre de Chine que si la préparation est diluée suffisamment pour que l'épaisseur de la tache colorée ne soit pas supérieur à 1/2 μ., et inférieure à celle des microbes qui doivent saillir à sa surface et laisser passer la lumière que la tache intercepte.

C'est par le moyen d'une dilution très grande que Burri est arrivé à utiliser ce procédé pour l'obtention de cultures pures.

Il ensemençait en différents points régulièrement espacés d'une boîte de Pétri remplie de gélatine solidifiée, des petites gouttelettes prélevées dans une culture très diluée colorée à l'encre de Chine et recouvertes immédiatement d'une lamelle. Ces gouttelettes représentaient des petites taches jaunes ou brunes sur la surface de la gélatine ; quelques-unes de ces taches étaient stériles, d'autres renfermaient plusieurs microbes, quelques-unes n'en renfermaient qu'un seul, comme l'examen microscopique de la surface ensemencée permettait rapidement de l'affirmer. Ce sont ces dernières qu'on identifiait par un signe correspondant fait sous le fond de la boîte et qu'on prenait comme point de départ de cultures pures. C'est ainsi qu'au début, où Burri employa pour ses recherches des cultures de bactérium coli, il vit, 15 heures après l'identification de ces bacilles sur un point isolé, apparaître en ce point toute une colonie, s'enfonçant et se multipliant peu à peu dans l'épaisseur de la gélatine et prouvant l'excellence et l'innocuité du procédé.

Il découvrit ensuite rapidement la propriété imprévue et précieuse des taches d'encre de Chine d'adhérer davantage après la lamelle recouvrante qu'après la gélatine. Cela lui permit d'isoler sur ce milieu n'importe quel germe, apte ou non à s'y développer, et de le transporter ensuite, dès qu'il est identifié, sur le milieu de culture le mieux approprié. Il suffit pour cela de soulever la lamelle ou le fragment de lamelle qui recouvre la tache fertile pour la transporter sur un autre milieu, lait, bouillon, pomme de terre, milieux pour anaérobies. Quelquefois une partie de la colonie, qui a pu se développer si le milieu primitif lui convient, adhère également à la lamelle, tandis qu'une autre partie est restée dans la profondeur de la gélatine.

Rien n'est perdu pendant le transport, rien n'est modi-

fié dans la disposition respective des taches, qu'on a transposées comme des figures d'échecs.

Le principe maintenant exposé, considérons la technique de la méthode,

Le point délicat pour cette technique est d'avoir à sa disposition une bonne encre de Chine, condition essentielle pour la réussite des préparations. Or, l'encre de Chine qu'on trouve dans le commerce est souvent falsifiée, mal préparée, non parfaitement homogène. Burri et les auteurs qui ont expérimenté son procédé se sont procuré l'encre de la maison Gunther et Wagner (Hanovre et Vienne), la « Perltusche » liquide. Il est bon de diluer immédiatement un flacon de cette encre dans 9 fois son volume d'eau distillée, de la diviser dans des verres à réactif d'une contenance de 10 cm. et de porter ces verres à l'autoclave (1/2 heure à 1/2 atm.) pour stériliser la solution. Il est presque indispensable de laisser ensuite cette encre se reposer pendant 15 jours et déposer les impuretés de toute sorte qu'elle contient toujours et dont on ne peut la débarrasser ni par le filtrage, ni par la centrifugation. Il faudra éviter de l'agiter avant de s'en servir et la maintenir bouchée pour éviter l'évaporation.

En outre de l'encre de Chine, il faudra être muni : 1° de 2 fils de platine contournés en anse, d'une ouverture de 3 à 4 mm. pour le premier, assez fort, de 1 mm. pour le second. très fin ;

2° De plumes à dessin, dites encore plumes à encre de Chine, montées sur un porte-plume, de lames et lamelles de pinces à lamelles, de boîtes de Pétri remplies de gélatine solidifiée.

Ces objets étant stérilisés, on prélève avec la grande anse de platine 4 grosses gouttes de la solution d'encre de Chine et on les dépose les unes près des autres sur une lame. On porte rapidement dans la première goutte, la matière à ensemencer ou à colorer prélevée sur un milieu solide ou liquide, et on la dilue dans cette goutte. Puis on dilue au moyen de la seconde anse de platine un peu de la première goutte dans la 2e, de la 2e dans la 3e, de la 3e dans la 4e.

Pour le simple examen au microscope, on peut laisser sécher et examiner l'une après l'autre ces quatre dilutions ; le microbe peut quelquefois déjà être décelé dans la 1re, si elle n'est pas trop concentrée.

Lorsqu'on veut obtenir des cultures pures, il faut sans tarder aller prélever avec la portion concave de la plume quelques gouttelettes des dilutions 3 et 4 et les déposer sur la gélatine en points régulièrement espacés qu'on recouvrira d'une lamelle assez rapidement pour éviter l'interposition de bulles d'air.

Puis on examine les points ensemencés soit à l'immersion, soit avec l'objectif ordinaire.

Le procédé de Burri est donc d'une application extrêmement simple, mais convient-il également pour la coloration de toutes les espèces ?

Il ne peut certainement suppléer aux colorants ordinaires que pour les préparations pour lesquelles il s'agit seulement de mettre les microbes en évidence, car il ne permet de reconnaître aucun élément cellulaire, leucocyte, hématie ou autre. Burri se demande si, pour de tels cas, son procédé ne pourrait être combiné aux procédés habituels de coloration des microbes qu'il ferait ainsi mieux ressortir par contraste sur un fond sombre.

Jusqu'à présent, il semble que c'est surtout à la recherche du spirochète que la méthode de Burri a été appliquée par les quelques auteurs allemands qui l'ont, après lui, expérimentée et la déclarent excellente. C'est ainsi que Hecht et Wilenko, (*Wiener klin. Woch.*, n° 22, 1909) de Vienne, Fruhwald, de Munich (*Munch. klin. Woch.*, n° 49, 1909) affirment avoir ainsi retrouvé des spirochètes, 1 à 5 minutes après le prélèvement des exsudats. Ils appliquent le procédé indiqué par Burri en diluant un peu de l'exsudat à examiner dans une gouttelette d'encre de Chine qu'ils laissent sécher sur une lame et qu'ils examinent ensuite à l'immersion. Le spirochète ainsi mis en évidence n'est plus animé des mouvements qui le font si aisément reconnaître à l'ultra-microscope, mais le procédé est très sensible et Fruhwald a pu, grâce à lui, retrouver le spirochète dans le reliquat d'une ponction, d'un ganglion inguinal, après recherche négative par le Giemsa et l'ultra-microscope.

Il a, sur la méthode de Giemsa, l'avantage considérable d'être infiniment plus simple et plus rapide, et le médecin praticien n'hésitera pas à le préférer à l'emploi de l'ultra-microscope, d'une installation coûteuse et d'un maniement délicat. G. Loeser.

Bibliographie.

Burri. — *Das Tuscheverfahren*. Iéna, 1909.
Hecht et Wilenko. — *Wiener klin. Woch.*, n° 22, 1909, p. 732.
Fruhwald. — *Munchener klin. Woch.*, n° 49, 1909, p. 2523.

BULLETIN NÉCROLOGIQUE

M. le professeur BRISSAUD

La Faculté vient de perdre un de ses professeurs les plus éminents dans la personne du Dr Edouard Brissaud, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Chacun connaissait sa tête originale et intelligente, qui n'avait pas dépouillé le laisser-aller de l'étudiant, où se lisaient, en même temps qu'une grande bienveillance, une grande culture et beaucoup d'esprit.

C'était un homme intelligent dans toute la force du terme : parlant bien et d'une voix grave mais douce ; s'occupant de tout avec intérêt et avec succès ; instruit en art comme en médecine.

La production de M. Brissaud en clinique générale est des plus variées. Une prédilection marquée pour la neuropathologie n'est pas nécessairement exclusive, et M. Brissaud, dont la carrière hospitalière était longue, n'a jamais voulu limiter son champ d'études aux services spéciaux des hospices ou des asiles. C'est ainsi qu'il a consacré de nombreux et très utiles travaux aux pneumonies massives, à l'asthme, à la cataracte brigthique, à la bactériologie de la broncho-pneumonie diphtérique, à la syphilis du poumon, etc. Il a été un des premiers à étudier, en France, le coma diabétique, etc.

Le foie était également un de ses organes de prédilection. Dernièrement encore il publiait dans le *Progrès médical*, dont il fut toujours un des collaborateurs les plus assidus, un travail sur les lymphatiques du foie.

En anatomie pathologique spéciale, on lui doit toutes les notions définitivement acquises sur la maladie kystique des seins, sur la transformation de l'adénome hépatique en cancer, etc. Dès 1879 il rattachait à la tuberculose

certain processus inflammatoire chronique qu'il dénommait « gommes scrofuleuses » ; le temps et l'expérience ont consacré son opinion.

Dans le même ordre de faits, on doit à M. Brissaud la notion des hépatites spécifiquement tuberculeuses, et ses recherches faites en commun avec M. Toupet démontrent l'authenticité d'une forme de tuberculose hépatique méritant d'être appelée cirrhose tuberculeuse. Ce travail a été le point de départ de toutes les études qui ont été consacrées à ce sujet.

La mort de M. Brissaud met en deuil, outre ses proches, la famille du Dr Galliard, médecin de l'hôpital Lariboisière, dont une des filles avait épousé un de ses fils. La rédaction du *Progrès médical*, qui perd en M. Brissaud un soutien éminent et précieux, leur adresse l'expression très sincère de sa vive sympathie et de la part très grande qu'elle prend à leur douleur.

G. Milian.

N.-B. — Les obsèques du regretté professeur Brissaud ont eu lieu mercredi dernier, au milieu d'une foule considérable. Conformément aux volontés du défunt, il n'y eut ni faire-part individuel, ni couronnes, ni discours. L'Université de Paris était officiellement représentée par M. Liard, vice-recteur, et la Faculté de médecine de Paris, par son doyen le professeur Landouzy, assisté des professeurs Roger, Marie, Hartmann, et de plusieurs autres agrégés.

D'autre part, nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la mort du Dr Malassez, membre de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. Louis-Charles Malassez est né à Nevers le 21 septembre 1842. Il fit en province une grande partie de ses études classiques, et les termina à Paris, au Collège Rollin. Il fut interne de Broca, de Bouillaud, de Péan, de Trélat, de Moutard-Martin, d'Hillairet. Ses travaux scientifiques sont des plus considérables ; le temps et la place nous manquent pour signaler même les principaux.

C.

MÉDECINE PRATIQUE

Technique et pratique de la réaction de Wassermann

(*Séro-diagnostic de la syphilis*),

Par MM. René BENARD et E. VAUCHER,
Internes des hôpitaux de Paris.

Lorsque la syphilis est à la période initiale ou à la période des accidents secondaires, le diagnostic est d'ordinaire assez facile à porter à l'aide des procédés cliniques. Il est cependant un grand nombre de cas de pratique médicale courante où le diagnostic rétrospectif de syphilis est des plus difficiles à poser. C'est pourtant précisément dans ces cas qu'il serait le plus utile de pouvoir porter un diagnostic certain et d'instituer ainsi un traitement nécessaire.

La méthode de fixation du complément de Bordet et Gengou, appliquée par Wassermann, Neisser et Bruck au diagnostic de la syphilis, a véritablement comblé une lacune.

Nous ne reviendrons pas sur les principes généraux de cette méthode. Nous voudrions exposer d'une manière aussi simple et aussi pratique que possible la technique de cette méthode telle qu'elle a été introduite en France par Levaditi, et telle que nous la pratiquons couramment à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Widal.

Auparavant, il importe de rappeler la signification de quelques termes :

1° On appelle *antigène* toute substance qui, introduite dans un organisme, est susceptible de déterminer des *anticorps*.

2° On appelle *sensibilisatrice* une substance qui se serait développée dans le sérum d'un animal dont l'organisme contient de l'antigène. Cette substance est thermostabile (résiste à la température de 56°) et spécifique (dirigée contre l'anticorps donné et non contre un autre).

3° On appelle *sensibilisatrice hémolytique* la sensibilisatrice particulière développée dans le sérum d'un animal à qui on a injecté des globules d'un autre animal.

4° On appelle *complément* une substance existant dans tous les sérums, thermolabile (détruite à 56°), disparaissant par vieillissement, non spécifique, et nécessaire au mélange : sensibilisatrice hémolytique et globules pour pour produire de l'hémolyse.

5° *Règle.* — Lorsque dans un mélange on met en présence : un antigène, la sensibilisatrice dirigée contre lui (anticorps) et du complément, ce dernier se trouve fixé.

Principe de la réaction de Wassermann.

On met en présence de l'antigène (organe syphilitique A), du sérum du malade supposé atteint de syphilis B, du complément E.

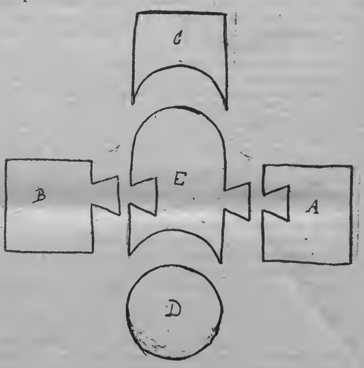


Fig. 1. — *Schéma destiné à montrer les divers éléments en présence dans l'expérience.* — A. Antigène. — B. Sérum du malade chauffé, c'est-à-dire contenant la sensibilisatrice spécifique dirigée contre A. (Cette spécificité est indiquée par le tenon destiné à s'emboîter dans l'encoche de E.) — C. Sérum du lapin anti-mouton chauffé, c'est-à-dire contenant la sensibilisatrice spécifique dirigée contre D. (La spécificité est indiquée par la concavité destinée à s'adapter à la convexité de E.) — D. Globules de mouton. — E. Sérum frais de cobaye contenant du complément.

On ajoute au mélange de la sensibilisatrice hémolytique C et des globules D. (fig. 1).

Si le malade est syphilitique, son sérum contient une sensibilisatrice. D'après la loi énoncée, le complément est fixé. La sensibilisatrice hémolytique ne trouvant pas de complément ne détruit pas les globules. *Il n'y a pas hémolyse*, la réaction est *positive* (Fig. 2.)

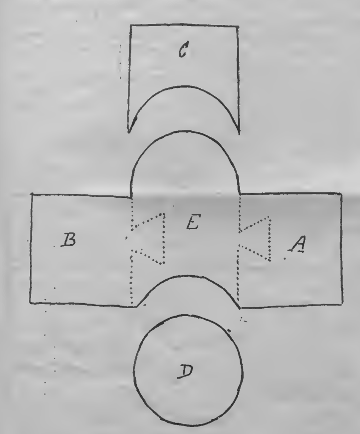


Fig. 2. — Le complément E a été fixé par le mélange A-B (antigène-sensibilisatrice). La sensibilisatrice hémolytique C ne trouve plus de complément pour agir sur D. *Il n'y a pas hémolyse*. La réaction est *positive*. Le malade *est syphilitique*.

Si le malade n'est pas syphilitique, son sérum ne contient pas de sensibilisatrice. Le complément reste libre. La sensibilisatrice hémolytique trouve du complément ; les globules sont détruits. *Il y a hémolyse* : la réaction est *négative* (Fig. 3.)

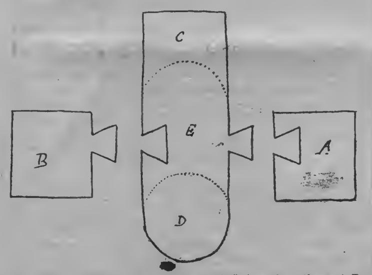


Fig. 3. — Le complément E n'a pas été fixé par le mélange A-B. Donc B ne renfermait pas de sensibilisatrice. La sensibilisatrice hémolytique C a trouvé le complément libre, et se fixe sur les globules D. *Il y a hémolyse*. La réaction est *négative*.

Technique.

Antigène. — On prélève, aseptiquement si possible, du foie de nouveau-né hérédo-syphilitique. On broie ou l'on hache l'organe le plus fin possible, et l'on place la pulpe ainsi obtenue dans des boîtes de Piétri. Le tout est ensuite porté sous une cloche à vide pendant un temps variant de 12 à 48 heures jusqu'à dessiccation complète. La poudre ainsi obtenue est répartie dans des flacons stérilisés bouchés hermétiquement et conservés à la glacière, à l'abri de la lumière. Cette poudre peut être conservée suivant les cas de 1 à 3 mois.

Pour préparer l'antigène, on dilue la poudre la veille de l'expérience dans de l'eau physiologique (solution de NaCl pure à 8 ‰) dans la proportion de 6 de poudre pour 100 d'eau. On agite à plusieurs reprises dans les 24 heures et l'on conserve à la glacière.

Sérum à essayer. — On recueille le sang du malade de préférence dans la veine du pli du coude la plus saillante. Pour cela on comprime le bras à l'aide d'une bande de toile ou d'un lien élastique, et après asepsie de la peau, on introduit d'un coup sec l'aiguille dans la veine. Les aiguilles de seringue de Pravaz sont trop fines, le sang s'y coagule facilement ; les aiguilles à ponction lombaire, trop longues, présentent le même inconvénient.

Nous nous servons habituellement soit de l'instrument connu dans les services de chirurgie sous le nom de trocart à sérum (petit modèle), soit d'une aiguille que nous avons fait construire, à cet effet, à biseau court, longue de cinq centimètres et du calibre de l'aiguille à ponction lombaire.

Une fois le sang écoulé, on desserre le lien constricteur, on retire l'aiguille et avec un tampon de coton, on exerce une légère pression sur le bras en détruisant le parallélisme des plaies veineuse et cutanée. De cette façon, il n'y a ni hématome ni hémorragie.

Le caillot lorsqu'il s'est formé dans le tube est décollé ; on le laisse se rétracter ; si l'on est pressé, on centrifuge. Sinon, ou bien dans le cas où l'on veut envoyer le sérum à examiner dans un laboratoire, le mieux est de le laisser reposer au frais et au bout de 18 heures de décanter. Faute de cette précaution, on risque d'avoir un sérum hémolysé, ce qui pourrait entraver l'expérience.

Ce sérum est ensuite recueilli dans des ampoules de verre que l'on scelle à la lampe, et que l'on chauffe pendant 1/2 heure à 56° au bain-marie pour détruire le complément. Cette dernière précaution est nécessaire ; sans elle on risquerait d'introduire dans le mélange en expérience une certaine quantité de complément inconstante, et variable d'ailleurs suivant le malade et l'âge du sérum.

Complément. — Il est fourni par le sérum frais d'un cobaye neuf. Cet animal ne contient en effet pas de sensibilisatrices contre les éléments en expérience et possède d'autre part une teneur en complément relativement fixe. Pour l'obtenir, on ponctionne la carotide de l'animal ou plus simplement on lui sectionne la gorge avec un rasoir. Le sang recueilli dans un tube effilé est aussitôt mis à centrifuger.

Sensibilisatrice hémolytique. — Elle provient de lapins préparés contre des globules de mouton. Pour ce faire, on injecte tous les cinq ou six jours, à trois reprises, des globules de mouton recueillis comme il sera dit plus loin, défibrinés et lavés par trois fois dans du sérum à 8 ‰, à raison de 8 cc. sous la peau du lapin. Au bout de deux injections il arrive que l'animal peut servir. Il est préférable d'attendre la troisième injection, le pouvoir hémolytique du sérum étant plus fort.

Pour recueillir le sérum du lapin, il est inutile de sacrifier l'animal; il suffit de le pendre par les pattes de derrière et de pratiquer une saignée sur la veine marginale de l'oreille, après avoir frictionné celle-ci, et au besoin l'avoir frottée énergiquement avec un tampon imbibé de xylol. L'animal ainsi saigné pourra être conservé, si après cette opération on a soin de le faire boire, et entretenu, si l'on a soin de renouveler les injections de globules.

Quant au sang recueilli, on en extrait le sérum, que l'on chauffe pour en détruire le complément de la même façon qu'il a été dit à propos du sérum humain.

Globules de mouton. — Ceux-ci nous sont nécessaires à la fois pour préparer les lapins et pour faire la réaction. On les recueillera soit par ponction de la jugulaire à l'aide d'une forte aiguille si l'on possède des moutons au laboratoire, soit directement à l'abattoir ; on reçoit le sang dans un ballon contenant des perles de verre, le tout stérilisé, et on agite pendant dix minutes jusqu'à défibrination complète.

Les globules sont ensuite centrifugés et lavés à plusieurs reprises dans de l'eau à 9 °/₀₀. Ce lavage est nécessaire si l'on injecte les globules au lapin : on risquerait sans cela d'injecter une petite dose de sérum de mouton, ce qui, à la seconde ou à la troisième injection, peut fort bien faire mourir l'animal d'accidents anaphylactiques ; il est nécessaire encore, si les globules sont employés pour l'expérience, car, sans cette précaution, on risquerait d'introduire dans la réaction un nouveau sérum qui, joint aux sérums d'homme, de cobaye et de lapin déjà dans le mélange, ne laisserait pas de présenter quelques inconvénients. Dans la réaction, on utilise une suspension de globules à 5 % NaCl physiologique.

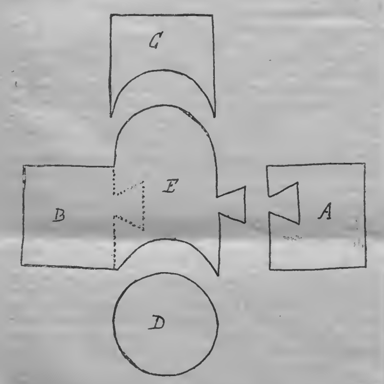


Fig. 4. — Le sérum B a fixé le complément à lui seul. Il n'y a pas réaction de Wassermann puisque A ne fait pas partie de la pièce centrale. Il n'y a cependant pas hémolyse puisque le complément n'est pas libre. On dit que le sérum B « fixe ». Pas de conclusion à tirer sur l'existence ou non de la syphilis.

Titrage des réactifs.

Une fois en possession de ces substances, et avant de commencer la réaction, il est nécessaire de titrer ses produits. Le phénomène de la fixation du complément est en effet fonction non seulement des substances que l'on emploie, mais aussi des quantités que l'on en consomme.

Aussi titre-t-on ces substances les unes par rapport aux autres, en partant du complément que l'on considère, nous l'avons dit, comme une substance relativement fixe.

On se servira pour ces titrages, comme d'ailleurs pour la réaction, de pipettes de 1 cc. et de 2 cc. graduées en dixièmes de centimètre cube, et dont les divisions seront assez distantes l'une de l'autre pour permettre d'apprécier exactement le 1/10 de centimètre cube.

On prépare dans des tubes du sérum de lapin pur, puis des dilutions à 1 : 2 (a), 1 : 3 (b), 1 : 5 (c), 1 : 10 (d).

Enfin, on ramène le volume total à 2 cc. avec de l'eau physiologique à 8 0/00.

Voici comment on pourra disposer l'expérience :

Titrage de la sensibilisatrice hémolytique.

Tubes	Eau physiologique	Sérum de lapin préparé, chauffé (sensibilisatrice hémolytique)	Sérum frais de cobaye (complément)	Hématies de mouton 5 p. 100	Résultat (après 1/2 heure d'étuve à 37°)
1	0.5	0.4	0.1	1	Hém. totale
2	0.6	0.3	0.1	1	id.
3	0.7	0.2	0.1	1	id.
4	0.8	0.1	0.1	1	id.
5	0.8	0.1a	0.1	1	id.
6	0.8	0.1b	0.1	1	Hém. forte
7	0.8	0.1c	0.1	1	Hém. faible
8	0.8	0.1d	0.1	1	Hém. nulle
9	0.9	—	0.1	1	id.
10	1.0	—	—	1	id.

Les tubes 9 et 10 sont des témoins destinés à indiquer : le premier, que le sérum du cobaye à lui seul n'hémolyse pas les globules de mouton (qu'il ne contient pas de sensibilisatrice naturelle contre eux) ; le second, à la fois que le titre de l'eau physiologique employée est bien à 8 0/00, que d'autre part les globules de mouton n'ont été altérés ni par vieillissement, ni par une goutte d'eau pure qui aurait pu intempestivement tomber dans le ballon, lorsqu'on a voulu en laver l'extérieur, ou enfin qu'il ne s'agit pas d'hématies provenant d'un animal malade et à résistance globulaire diminuée.

De l'examen de ce tableau nous voyons que nous emploierons le mélange du tube 6, soit 0.1 de la dilution au tiers.

Ce titrage, une fois fait, peut d'ailleurs valoir une fois pour toutes pour un échantillon de sérum donné, et servir de base pour des expériences ultérieures, si on a soin d'opérer aseptiquement et de conserver ensuite ce sérum à la glacière.

Titrage de l'antigène

Il est important de doser l'antigène ; en effet, sans vouloir entrer dans la discussion du mécanisme de la réaction de Wassermann, ce qui nous entraînerait hors du cadre de cet article exclusivement pratique, nous savons que l'extrait de foie syphilitique ne se comporte pas comme un antigène vrai, comme le serait par exemple une culture pure du tréponème, mais qu'il y entre un grand nombre de substances d'origine cellulaire. Celles-ci, à elles seules, sont capables d'absorber le complément si elles

sont employées en trop grande quantité. On aurait de ce fait la réaction représentée par la figure 5.

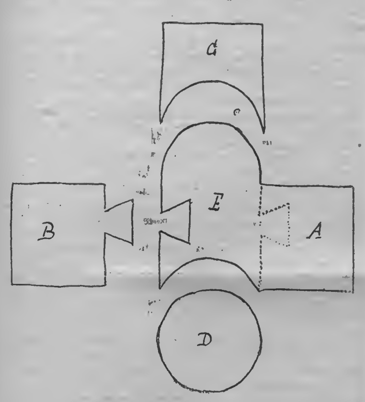


FIG. 5. — L'antigène a fixé le complément. Il n'y a pas de réaction de Wassermann puisque B. ne fait pas partie de la pièce centrale. Il n'y a cependant pas hémolyse puisque le complément n'est pas libre. L'antigène a été employé en quantité trop forte. Pas de conclusion à tirer, sinon qu'il a été mal dosé et qu'il faut recommencer l'expérience.

Voici comment on disposera l'expérience :

Tubes.	Eau physiologique.	Antigène (Extrait de foie).	Complément.	Séjour de 1 h. 1/2-2 h. à l'étuve	Sensibilisatrice hémolytique titree à 1/3.	Hématies de mouton à 5 %	Résultat après 1/2 heure d'etuve a 37°.
1	0.75	0.05	0.1		0.1	1	H. totale.
2	0.7	0.1	0.1		0.1	1	H. totale.
3	0.6	0.2	0.1		0 1	1	H. totale.
4	0.5	0.3	0.1		0.1	1	H. très forte.
5	0.4	0.4	0.1		0.1	1	H. partielle.
6	0.3	0.5	0.1		0.1	1	H. faible.

Il résulte de la lecture de ce tableau que les tubes 5 et 6 contiennent trop d'antigène ; nous utiliserons pratiquement la quantité contenue dans les tubes 2, 3 et 4.

Ces éléments étant ainsi titrés, on peut alors, lorsque l'on a titré la sensibilisatrice, commencer son expérience que l'on disposera de la manière suivante :

Dans le tableau suivant, il faut lire les résultats de la manière suivante :

H°. Hémolyse nulle : Les globules après centrifugation se déposent en un pain à cacheter au fond du tube. Le liquide qui surnage est complètement incolore.

H¹. Hémolyse faible : Le liquide qui surnage est légèrement rosé.

H². Hémolyse forte : Le liquide est rouge franc.

H³. Hémolyse totale : Le liquide est rouge-cerise, et il n'y a aucun dépôt au fond du tube.

Ces 17 tubes sont indispensables.

Réaction de Wassermann.

TUBES	Eau physiologique	Extrait hépatique	Sérum à examiner chauffé à 56°	Sérum frai de cobaye Complém.		Sensilisatrice hémol. titrée à 1/3	Globules de mouton à 5 o/o	Résultats
1	1.5	0.1	0.2	0.1	Séjour de 2 à 3 heures à l'étuve.	0.1	1	Ho
2	1.4	0.2	0.2	0 1		0.1	1	Ho
3	1.3	0.3	0.2	0.1		0.1	1	Ho
4	1.6	—	0.2	0.1		0.1	1	H3
5	1.7	0.1	—	0.1		0.1	1	H3
6	1.6	0.2	—	0.1		0.1	1	H3
7	1.5	0.3	—	0.1		0.1	1	H3
8	1.8	—	—	0.1		0.1	1	H3
9	1.9	—	—	—		0.1	1	Ho
Tubes			Sérum témoin donnant une réaction positive					
10	1.5	0.1	0.2	0.1		0.1	1	Ho
11	1.4	0.2	0.2	0.1		0.1	1	Ho
12	1.3	0.3	0.2	0.1		0.1	1	Ho
13	1.6	—	0.2	0.1		0.1	1	H3
			Sérum témoin donnant une réaction négative					
14	1.5	0.1	0.2	0.1		0.1	1	H3
15	1.4	0.2	0.2	0.1		0.1	1	H3
16	1.3	0.3	0.2	0.1		0.1	1	H3
17	1.6	—	0.2	0.1		0.1	1	H3

Les 3 premiers servent à rechercher la manière dont se comporte le sérum à examiner vis-à-vis de quantités croissantes d'antigène, dont la plus forte est insuffisante à fixer le complément.

Le tube 4 sert à montrer que le sérum par lui-même ne fixe pas le complément, ou n'a pas de propriétés antihémolytiques. Il existe, en effet, des sérums qui empêchent l'hémolyse dans les trois tubes contenant de l'antigène, on pourrait en induire prématurément que la réaction est positive. On évitera cette erreur en faisant ce tube 4 qui montrera si la réaction est valable, ou si le sérum en question possède cette propriété particulière (voy. fig. 4).

Les tubes 5, 6 et 7 sont destinés à montrer que des doses analogues à celles employées avec le sérum sont incapables de fixer à elles seules le complément. Si l'on est sûr du titrage de son antigène, ils ne sont pas indispensables. C'est simplement une bonne précaution que de les faire à nouveau.

Le tube 8 est destiné à vérifier le titrage de la sensibilisatrice hémolytique. L'absence d'hémolyse indiquerait que la quantité employée est trop faible.

Le tube 9 sert à vérifier si le sérum de lapin a été bien chauffé. Une hémolyse dans ce tube montrerait que le chauffage a été insuffisant, puisque ce sérum contient encore du complément.

La série 10-13 est faite avec du sérum essayé antérieurement et dont on sait qu'il donnait la réaction positive.

La série 14-17 enfin est faite avec du sérum dont on sait qu'il donnait une réaction négative.

Ces deux séries sont nécessaires pour pouvoir affirmer avec certitude un résultat.

Telle est la méthode de Wassermann telle qu'elle a été décrite par l'auteur. Un grand nombre de modifications ont été proposées depuis. De celles-ci les unes présentent certains avantages, les autres ne sont pas sans avoir de grands inconvénients. C'est pourquoi, après les avoir expérimentées les unes et les autres, nous en sommes revenus toujours au procédé initial et si l'on veut bien l'expérimenter en suivant minutieusement tous les détails de la réaction, on sera surpris de voir avec quelle netteté, et

l'on peut dire avec quelle quasi-certitude, elle fournit des renseignements du plus haut intérêt pour la clinique journalière (1).

REVUE DES JOURNAUX

Le phlegmon séreux rhumatismal.

1º Les localisations du rhumatisme articulaire aigu sur le tissu conjonctif sous-cutané, très variables de forme, d'aspect, d'évolution, peuvent se ramener à deux types principaux (entre lesquels peuvent d'ailleurs prendre place de nombreuses formes de transition) : l *œdème rhumatismal* et les *infiltrations rhumatismales pseudo-phlegmoneuses* ;

2º Parmi les infiltrations rhumatismales pseudo-phlegmoneuses, à côté des deux formes déjà connnes du *pseudo-phlegmon juxta-articulaire* et du *pseudo-phlegmon abarliculaire*, il y a place pour une troisième forme non encore décrite, le *phlegmon séreux rhumalismal*.

3º Ce phlegmon séreux rhumatismal est *caraclérisé par la collection, au cenlre de la plaque pseudo-phlegmoneuse, d'une certaine quantité d'un liquide qui, à l'incision ou à la ponction, se montre citrin ou ambré, filant, limpide, et surtout stérile*. Dans les deux cas que nous avons observés, le phlegmon séreux siégeait à la jambe et s'était développé chez des sujets du sexe masculin, jeunes, alcooliques, au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, intense, prolongé, touchant le cœur, et ayant montré de la tendance à constituer ailleurs d'autres localisations pseudo-phlegmoneuses fugaces juxta-articulaires ou même abarticulaires. (GALLAVARDIN et DELACHANAL. *Lyon médical*, 14 nov. 1909, p. 813.)

Symptôme de la paralysie centrale organique du membre supérieur.

Je me suis appliqué depuis quelque temps à examiner des gens bien portants dans le sens suivant : le sujet examiné se trouvant assis auprès de la table ou couché sur le dos, je lui propose de mettre son bras, mettons le droit, en pronation sur la table ou sur le lit. Ceci étant fait, je me mets du côté droit et en face du sujet et par la paume de ma main gauche je saisis la face palmaire de l'avant-bras du sujet à examiner ; mes doigts de la main droite soutiennent la face palmaire de la main en question. Je fais lever ensuite l'avant-bras et la main examinés jusqu'à les ramener en position verticale de façon que le coude appuie sur la table sous-jacente, la main étant toujours soutenue par moi, afin qu'elle forme, avec l'avant-bras correspondant, un même plan, elle garde son état de pronation antérieur ou je la tourne la face palmaire en dedans. Ceci étant fait, je détourne l'attention du sujet examiné de sa main (en appuyant le plus souvent un peu le coude correspondant et en demandant si ça fait mal) et je soustrais ma main droite en la glissant doucement sur la main et l'avant-bras examinés : la main privée de mon soutien garde néanmoins sa position verticale. J'obtenais ce résultat dans tous les 100 cas (75 sujets âgés et 25 enfants) et amenés par moi dans ce but. J'obtenais le résultat contraire chez les hémiphlégiques. (J. M. RAIMISTE *Revue neurologique*, 30 novembre 1909, p. 1366.)

Valeur séméiologique de l'albumine dans les hémorrhagies méningées.

Il ne faut pas ignorer qu'au cours de l'hémorrhagie méningée, on peut observer des albuminuries très abondantes de 2, 4, 6, 15, 20 grammes par litre, que ces albuminuries massives, en présence d'un état morbide très fruste, peuvent faire admettre l'existence d'une hémorrhagie méningée. Le symptôme sur lequel nous avons attiré l'attention a donc une valeur diagnostique importante que viendra confirmer la ponction lombaire qui elle-même sera à la fois une méthode de diagnose et de traitement. (Georges GUILLAIN et L. VINCENT, *Semaine Médicale*, 27 octobre 1909, page 508.)

Quelques réflexions d'un médecin de campagne sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Nécessité, pour la propagation typhique, d'une contamination par les bacilles d'Eberth récemment évacués de l'intestin. Origine hydrique. Rôle des bacillifères, leur importance comparée.

A notre époque où le goût des déplacements va s'exaspérant tous les jours, il faut que lorsque le voyageur entre dans un hôtel, il lise tout d'abord sur l'enseigne :

« Ici le personnel se lave les mains au sortir du cabinet », et il se mettra à table sans être hanté par la crainte de contracter la fièvre typhoïde.

Les hôteliers devraient s'assurer que leurs employés n'ont pas eu récemment la fièvre typhoïde, au besoin faire faire les cultures nécessaires, et rendre obligatoire le lavage des mains.

Il faut que, dans tous les services hospitaliers, tout typhique guéri emporte une instruction détaillée sur les dangers qu'il fait courir autour de lui et lui enseigner le lavage des mains.

Une autre conclusion à tirer de la notion des bacillifères typhiques et autres, on m'excusera de le répéter, est que la désinfection officielle est illusoire et que les sommes qui lui sont affectées devraient être employées à créer le personnel nécessaire pour la recherche des bacillifères.

Les laboratoires bactériologiques deviendraient alors, comme en Allemagne, les utiles auxiliaires des médecins. (H. RONDET, *Lyon médical*, 28 novembre 1909, p. 904).

Dr FRANCIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1909.

Pseudo-hermaphrodisme. — M. ***Quénu***. — Pour faire suite à l'observation que nous a présentée M. Tuffier à l'avant-dernière séance, je vous apporte le fait suivant : Une *fillelle* de 11 ans 1/2 me fut amenée un jour pour une hernie inguinale droite apparue depuis quelques mois. La petite tumeur étant très sensible à la pression, je pensais à une hernie de l'ovaire. J'opérai l'enfant et trouvai non pas un ovaire, mais un testicule. Je rentrai celui-ci dans l'abdomen et refermai l'orifice inguinal.

J'examinai alors l'enfant qui avait une vulve d'apparence normale avec grandes et petites lèvres et un hymen. Mais dans la grande lèvre gauche était un petit corps arrondi (l'autre testicule) et le vagin n'était représenté que par une petite dépression de 2 cm. environ. Au toucher rectal, pas d'utérus.

MM. ***Broca*** et ***Delbet*** ont chacun observé un cas analogue.

M. ***Hartmann*** a vu il y a quelques années un homme d'apparence absolument normale qui présentait une tumeur abdominale ayant tous les caractères d'un fibrome utérin. En effet, en arrière d'un pénis bien développé existait un petit vagin au fond duquel on arrivait sur l'utérus en rapport avec la tumeur abdominale. Il refusa de se laisser opérer.

M. ***Ricard*** a vu ce même malade plus tard. Il était marié et avait même un enfant, s'étant fait, dans ce but, *remplacer* près de sa femme. Ce malade fut cette fois opéré. Il avait un sarcome utérin qui récidiva et dont il mourut 18 mois après.

M. ***Broca*** rappelle qu'il a fait récemment un rapport sur un cas analogue communiqué par M. Bégouin (de Bordeaux) et dans lequel le fibrome, au lieu de siéger dans l'utérus, était placé dans le ligament large.

Les kystes hydatiques multiples du foie. — M. ***Auvray*** rappelle les conclusions qu'il a formulées avec M. Terrier dans leur ouvrage sur la « Chirurgie du foie et des voies biliaires » : La fréquence de kystes multiples oscille autour de 20 p. 100. Le diagnostic en est difficile et peut être aidé par le signe dit du *retentissement hydatique sonore* de Fiaschi et par la persistance de éosinophilie après ouverture chirurgicale du kyste. Il est préfé-

(1) Dans cet article de technique pure nous avons à dessein écarté toute théorie et toute bibliographie. A caux que cette question intéresserait nous signalons notamment l'article de MM. Bar et Daunay (*Obstétrique*, 1909, nos de janvier, mars, avril) au point de vue de la technique et des recherches chez la femme enceinte et le nouveau-né, la monographie d'Armand-Delille, au point de vue de la question générale du mécanisme de l'immunité et la brochure de notre collègue et ami E. Joltrain, qui contient une bibliographie très complète.

rable de faire une incision séparée pour chaque kyste et l'ouverture d'un kyste profond par la cavité préalablement vidée d'un kyste superficiel peut être extrêmement dangereuse.

M. *Routier*. — Sur 44 kystes hydatiques du foie que j'ai opérés, j'ai eu 7 fois affaire à des kystes multiples : soit une proportion de 16 p. 100.

Sur ces 7 malades, 2 sont morts.

Dans l'un de ces derniers cas, il s'agissait d'un homme de 34 ans dont le foie était très volumineux. Je tombai cependant sur un kyste qui n'était guère plus gros que le poing. Mais sur sa paroi je trouvai un point fluctuant que je ponctionnai, et tombai dans une poche contenant plusieurs litres de liquide. En un autre point je fis une ponction qui donna quelques centaines de grammes de liquide. Je drainai ces 3 poches. Le malade mourut 3 mois après de septicémie lente, et à l'autopsie on trouva dans le foie plusieurs autres kystes suppurés.

Dans le second cas, ma malade, âgée de 18 ans, fut opérée *in extremis*. Cinq mois, avant elle avait déjà été opérée d'un premier kyste suppuré. Mais une nouvelle tuméfaction était apparue ; elle maigrissait, faisait des frissons, de la fièvre depuis un mois. On trouva 2 nouveaux kystes hydatiques, tous deux suppurés. Elle mourut le jour même.

Mes 5 autres malades ont guéri. Je les ai tous traités par la marsupialisation ou un drainage large et j'ai toujours ouvert les kystes secondaires à travers les parois du premier.

Traitement des angiomes par le radium. — M. *Le Dentu* expose les résultats très remarquables obtenus par MM. Wickham et Degrais dans le traitement des angiomes érectiles par le radium.

Hémorragie prépancréatique. — M. *Guinard* présente un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Lapeyre (de Tours). Elle concerne un homme de 64 ans sans antécédents notables, qui se plaignait depuis quelques semaines de douleurs épigastriques survenant par crises. L'examen montrait à ce niveau une tumeur arrondie, mobile et lisse.

La laparotomie montra que cette tumeur occupait l'arrière cavité des épiploons. Elle fut incisée et on en retira un litre et demi environ de caillots sanguins. Elle était très adhérente à la queue du pancréas et ne put être que partiellement réséquée. Le reste fut marsupialisé. Le malade mourut le soir même d'une syncope. L'autopsie n'a pas été faite.

M. Lapeyre est convaincu de s'être trouvé en présence d'une hémorragie enkystée d'origine pancréatique.

Le rapporteur rappelle à ce propos les grands services que rend l'insufflation de l'estomac pour le diagnostic des tumeurs du pancréas. Elle permet de dire avec certitude si une tumeur siège sur l'estomac ou en arrière de lui.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 décembre 1909.

Albuminurie à minima. Poussées intermittentes de néphrite. Contrôle par la réaction de phénolphtaléine. — M. *Triboulet*. — Au cours de la scarlatine, au déclin des poussées de néphrite, le symptôme capital, l'albuminurie, peut se réduire à ce point que les réactions caractéristiques à la chaleur, à l'acide nitrique, disparaissent. Dans ces cas, la réaction de Meyer (phénolphtaléine) peut être positive et déceler ainsi une néphrite persistante. Peut-être y a-t-il là une réaction permettant de différencier l'albuminurie vraie de néphrite de certaines albuminuries non inflammatoires et non congestives.

Un cas de diabète avec insuffisance pancréatique. — MM. *Marcel Labbé* et *Georges Vitry* présentent une malade de 27 ans atteinte d'un diabète grave dont ils ont pu suivre l'évolution depuis deux ans. Il s'agit d'une femme maigre chez qui la glycosurie est apparue sans aucune raison appréciable il y a deux ans ; elle a atteint plus de 200 gr. par jour, mais peut être réduite par un régime convenable : la tolérance pour les matières hydrocarbonées est assez faible, mais positive. L'étude du bilan nutritif montre qu'il y a une diminution azotée légère et passagère.

Mais l'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait que les auteurs ont vu apparaître chez cette malade, postérieurement à la glycosurie, tous les signes cliniques d'une insuffisance de la sécrétion pancréatique externe : les matières fécales sont très abondantes et graisseuses ; les fibres musculaires ne sont pas digérées, l'examen chimique montre que 75 pour 100 de graisses et 50 pour 100 de l'azote ingérés se retrouvent intacts dans les matières fécales. Il s'agit donc là, bien probablement, avant toute constatation anatomique, d'un diabète maigre, grave, d'origine pancréatique.

Ictère bénin à forme typhoïde. — MM. *Lemière* et *Widal* rapportent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre typhoïde et avec de l'ictère.

Deux hémocultures ont donné un paracolibacille. La réaction d'agglutination fut positive pour le microbe isolé du sang, négative pour l'Eberth et les paratyphiques. C'était donc un ictère par voie sanguine et non ascendante, ictère par élimination des microbes par le foie, qui en l'espèce était insuffisant à cause de l'éthylisme de la malade.

Extirpation chirurgicale d'une volumineuse gomme syphilitique de la base du cou, et d'une gomme du foie prise pour un fibro-sarcome. Récidive. Guérison par l'hectine. — M. *Milian* montre une femme de 37 ans opérée d'une tumeur du cou 4 mois auparavant et qui, récidivée, avait laissé une vaste ulcération de la dimension d'une paume de main, à contours polycycliques, à fond bourbillonneux qui, cliniquement, était une gomme syphilitique. Cette femme avait été opérée deux ans auparavant d'une tumeur du foie qui fut examinée histologiquement et prise pour un fibro-sarcome. L'existence de la gomme du cou et de périostoses des tibias fit penser qu'il s'agissait de syphilis hépatique. Le foie était énorme, mesurant 26 cm. sur la ligne mamelonnaire, dur et présentait sur sa face antérieure deux bosselures de la dimension d'un œuf de dinde. La rate était triplée de volume. Il n'y avait pas d'ictère, mais la malade avait le teint terreux, son état général était mauvais ; elle avait considérablement maigri. Les urines, de faible densité (1011) ne renfermaient que 13 gr. 44 d'urée par 24 heures, sans sucre, ni pigments biliaires, ni urobiline. Il y avait seulement des traces impondérables d'albumine.

L'examen histologique des préparations de la tumeur hépatique extirpée deux ans auparavant montra qu'il s'agissait de gommes syphilitiques et non de sarcome. Il existait en outre une cirrhose monocellulaire des plus caractéristiques dans les régions intermédiaires aux portions gommeuses.

Cette malade ignorait entièrement qu'elle fût syphilitique.

L'anamnèse ne relevait chez elle aucun antécédent morbide, mais elle a fait une fausse couche et ses trois enfants sont morts en bas âge. Son second mari est mort fou. Il est donc probable qu'il s'est agi d'une syphilis conceptionnelle.

La malade fut mise au traitement par l'*hectine*, sans mercure ni iodure de potassium.

On n'applique sur la plaie du cou que des pansements humides ou de l'emplâtre rouge de Vidal. On put ainsi parfaitement juger de l'influence de la médication d'autant que c'était la première instituée chez cette femme. Elle reçut 0,10 centigr. et quelquefois 0,20 chaque jour d'hectine pendant dix jours, se reposa dix jours, et reprit à nouveau une série identique. Elle prit ainsi au total 2 gr. 60 d'hectine en un mois.

Au bout de cinq semaines, la vaste ulcération du cou était cicatrisée, le foie avait considérablement diminué de volume, les périostoses avaient rétrocédé et n'étaient plus douloureux. En même temps, l'état général s'améliorait, la malade gagnait 5 kilogs, les forces revenaient, et une diurèse de trois litres avec grosse élimination d'urée s'établissait.

Traitement de la maladie de Raynaud par des douches d'air chaud et la haute fréquence. — M. *Bensaude* présente trois malades traités ainsi et guéris ou améliorés.

Un cas de tachycardie paroxystique avec autopsie et lésion du « faisceau primitif » du cœur. — MM. *Vaquez* et *Esmein*. — Une théorie récente, due à Mackenzie, prétend trouver la cause encore ignorée de la tachycardie paroxystique dans l'altération d'une région du cœur, préposée à l'élaboration et à la coordination des mouvements de l'organe, le « faisceau primitif », dont le faisceau de His est une partie. Les tachycardies de cette origine se reconnaîtraient objectivement à la forme particulière qu'elles

impriment à la révolution cardiaque, où la systode des oreillettes devient synchrone à celle des ventricules (rythme nodal ou ventriculaire). Cette conception, fortement appuyée par la clinique et l'expérimentation, manque encore de base anatomique. Or, chez une femme morte dans un paroxysme de tachycardie à caractère nodal, MM. Vaquez et Esmein ont constaté, en l'absence de toute altération du système nerveux, l'existence de lésions étendues, atteignant une grande partie du faisceau primitif, et notamment le faisceau de His. Les lésions en question, purement irritatives, étaient essentiellement propres à exagérer les aptitudes fonctionnelles des régions qu'elles occupaient. Leur présence constitue un argument important en faveur de la doctrine de Mackenzie.

Recherches sur le pouls lent permanent. — M. *Clerc* rapporte le résultat de ses expériences, faites au moyen des méthodes graphiques.

M. *Laubry* rapporte l'observation d'un cas de maladie de Stokes-Adams ; lui et M. Vaquez insistent sur l'importance du faisceau de His, qui dirige le rythme du cœur. Friedel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 2 décembre 1909.

Kératose syphilitique plantaire. — MM. *Gaucher* et *Flurin* présentent à la Société une malade atteinte de kératose syphilitique plantaire. Le traitement mercuriel a amené une amélioration rapide, ce qui confirme le diagnostic.

Sclérodactylie et maladie de Raynaud. — MM. *Gaucher* et *Flurin* présentent une maladie atteinte de sclérodactylie.

Mycosis fongoïde à tumeurs multiples d'emblée, en évolution depuis vingt ans. Réaction de fixation positive. — MM. *de Beurmann* et *Verdier* présentent plusieurs malades atteints de mycosis fongoïde, cliniquement et histologiquement certain.

Le sérum d'un de ces malades, atteint d'érythrodermie généralisée et prurigineuse, mais non prémycosique, donna une réaction négative.

Les auteurs insistent donc sur la valeur de la réaction de fixation décrite par MM. Gaucher, Brin et Joltrain, et sur la supériorité des indications qu'elle leur a fournies sur celles que donnait l'étude de la formule hématologique.

Hérédosyphilis. Destruction du nez et de la lèvre supérieure. — MM. *Balzer* et *Marie*.

Nouveau mode d'administration du mercure par les pastilles sous-préputiales. — M. *Milian*. — Voir *Progrès Médical*, n° 50, page 634.

Sur l'emploi de l'hectine comme succédané de l'atoxyl dans le traitement abortif local de la syphilis, et sur son indication dans celui de la lèpre. — M. *H. Hallopeau*. — M. Mouneyrat, en découvrant ce produit, et M. Balzer, en l'introduisant dans la thérapeutique, ont rendu un grand service à la thérapeutique. qui, grâce à eux, possède un agent modifiant puissamment les manifestations de la syphilis, et sans doute aussi d'autres maladies infectieuses, sans entraîner les dangers qui rendent délicat l'emploi de l'atoxyl et de l'arsacétine. L'auteur l'a constaté surtout en ce qui concerne son traitement abortif local de la syphilis. Il rappelle qu'il consiste en l'injection quotidienne jusqu'à la fin de la période d'incubation, et ultérieurement jusqu'à disparition complète de l'induration chancreuse et de ses ganglions satellites, de médicaments spécifiques sous le fourreau de la verge. Il emploie d'abord l'atoxyl à la dose de 10 centigrammes, ou l'arsacétine à celle de 12 centigrammes, mais il ne prolonge pas longtemps cette médication, bien que, chez des sujets jeunes, exempts de tares oculaires, elle ait été jusqu'ici inoffensive, et il la remplace par l'hectine à la dose quotidienne de 20 centigrammes Cette injection avait l'inconvénient d'être assez douloureuse. M. Mouneyrat vient d'y parer en ajoutant à la solution un centième de novocaïne ; le gonflement que produit souvent l'injection est de courte durée, sans signification fâcheuse. L'auteur ne peut que confirmer les heureux résultats de cette nouvelle médication depuis sa communication au Congrès de Lille ; il y reviendra prochainement. Il ignore s'il a été question de l'hectine à la Conférence pour la Lèpre qui s'est tenue récemment à Bergen, mais, s'il lui avait été donné d'y prendre part, il aurait rappelé que, de tous les médicaments employés contre cette maladie, le seul qui, d'après ses observations, ait, en toute évidence, exercé une action efficace, est l'atoxyl à doses très modérées et prolongées ; il est bien probable que l'hectine doit avoir des résultats aussi favorables.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du mardi 16 novembre 1909

L'éparpillement mental. — Son traitement par l'hypnotisme. — M. *Bérillon*. — L'éparpillement mental est une disposition habituelle de l'esprit caractérisée par un défaut de continuité dans l'exercice de l'attention volontaire, une curiosité mal coordonnée dispersant sans cesse l'attention vers de nouveaux objets, elle n'arrive pas à se fixer. Cette mobilité intellectuelle, conséquence de l'extrême sensibilité des états affectifs chez l'enfant, constitue l'état normal de cette période de la vie Le caractère pathologique de l'éparpillement mental résulte de sa persistance à l'âge adulte.

L'éparpillement mental ne doit être confondu ni avec l'instabilité mentale ni avec le « moral insanity ». Le nom d'instabilité mentale est ordinairement, dans le langage médico-pédagogique, attribué à la forme atténuée de l'arriération intellectuelle dans laquelle les facultés d'imagination font défaut ou sont peu développées. Dans la folie morale, ce n'est pas l'insuffisance d'attention volontaire qui occupe le premier plan, mais sa déviation vers des buts immoraux ou anti-sociaux.

Tandis que ces deux états sont manifestement sous la dépendance de la dégénérescence héréditaire, l'éparpillement mental apparaît comme le résultat d'une mauvaise adaptation de dispositions primitivement favorables. Chez l'éparpillé, l'absence de durée dans le pouvoir d'application ne dépend ni de lésions organiques, ni de troubles fonctionnels. La mobilité de son esprit doit être plutôt envisagée comme le résultat d'une imagination mal réglée, l'intensité des images mentales étant en rapport inverse de leur variété et de leur multiplicité. En effet, voltigeant incessamment d'une idée à une autre, l'attention, chez l'éparpillé, arrive difficilement à se fixer. Toujours en train de concevoir de nouveaux projets, il n'aboutit à en réaliser pratiquement aucun. Bien que leurs manières extérieures préviennent souvent en leur faveur, la façon dont les éparpillés mentaux s'acquittent des tâches qui leur sont confiées ne permet pas leur utilisation effective. Leur état mental se rapproche de celui des primitifs, des nomades, des purs imaginatifs, auxquels répugne l'effort soutenu et qui obéissent volontiers à la loi du moindre effort. Ils ne sont donc pas susceptibles de s'adapter aux nécessités de notre état social à moins qu'un traitement méthodique ne parvienne à transformer leur mentalité.

A ce point de vue, l'hypnotisme par lequel se trouvent réalisés les états de conscience diamétralement opposés à l'éparpillement, c'est-à-dire le « monoidéisme et la concentration de l'attention », constitue un traitement de choix. Par lui, il devient possible d'augmenter dans les centres nerveux l'action des pouvoirs d'arrêt et de réaliser une véritable discipline de l'imagination. Chaque jour, notre pratique confirme l'efficacité de l'hypnotisme envisagé comme créateur du pouvoir d'arrêt chez les sujets à tendances mentales incoordonnées ou impulsives.

Influence du réveil spontané sur la réapparition des troubles gastriques. — M. *Pron* (d'Alger). — Tandis que bon nombre de dyspeptiques se réveillent, chaque nuit, presque à la même heure, et souffrent de l'estomac, d'autres, moins nombreux, se réveillent deux ou trois fois par nuit et n'éprouvent leur douleur coutumière qu'au dernier réveil. J'y vois l'action du cerveau sur l'estomac. Il semble que ces réveils multiples accumulent leurs effets et que le réveil de l'activité psychique amène le réveil de toutes les fonctions somatiques en même temps qu'il fait apparaître, au point faible, les sensations pathologiques de l'état de veille.

M. *Paul Farez*. — Une autre interprétation peut être invoquée. Les mêmes sensations viscérales qui passent souvent ina-

perçues au milieu des occupations et des distractions de la veille, sont capables d'affecter la cœnesthésie pendant le calme et le silence de la nuit. Au fur et à mesure que, pendant le sommeil, après la digestion du repas du soir, s'installe le processus d'hypersécrétion, d'hyperacidité et de fermentations anormales, il en résulte des impressions stomacales,de faible intensité,non encore douloureuses,celles-ci affectent la sensibilité viscérale dont le sommeil affine l'impressionnabilité, et sont capables de provoquer un premier réveil sans accompagnement de douleur, bientôt un impérieux besoin de sommeil reprend le dessus et le sujet se rendort. Un deuxième réveil survient, dans les mêmes conditions, suivi d'un nouveau sommeil. Si le troisième réveil s'accompagne de la douleur habituelle, c'est, selon toute vraisemblance, que le processus stomacal pathologique a fait des progrès et touche à son paroxysme. Si les phénomènes observés par M. Pron, et que j'ai observés aussi, étaient conditionnés par une reprise excessive de l'activité cérébrale, on ne verrait pas les malades si facilement soulagés et si vite rendormis après l'ingestion d'une boisson appropriée, soit chaude, soit alcaline. Ces réveils successifs, en somme, me paraissent se rattacher à l'hypersthésie gastrique et dépendre d'un trouble principalement chimique. J'en donne pour preuve que si, dès le premier réveil, avant l'apparition de la douleur, on ingurgite une boisson chaude, on évite d'ordinaire, pour tout le reste de la nuit, non seulement toute forte douleur, mais tout réveil.

A propos des phénomènes demi-spontanés, observés chez les hystériques pendant l'hypnose. — M. ***Préda*** (de Bukarest) discute l'opinion de M. Abrutz, d'après qui les stigmates hystériques seraient des phénomènes surajoutés, demi-spontanés, qui, au cours de l'hypnose, viendraient se greffer sur les phénomènes suggérés. Ces phénomènes ont été observés bien avant M. Abrutz par Schœffer, Doelken, Charcot, Féré, Vogt, etc., et expliqués d'une manière différente par ces auteurs. La théorie purement physiologique de M. Abrutz n'élucide pas la question si controversée des stigmates hystériques.

Des troubles vaso-moteurs par suggestion hypnotique.— M. ***Podiapolsky*** (de Moscou), après avoir rapporté ses expériences de brûlure suggérée, faites en 1900, 1903 et 1905, relate une récente expérience, réalisée sous un contrôle rigoureux excluant toute possibilité de fraude. Ses principales conclusions sont les suivantes : la négation de l'action de la suggestion sur les vasomoteurs manque de fondement ; la réalité de ces phénomènes est démontrée par une série de faits ; le somnambulisme est l'état le plus favorable pour la production de ces phénomènes ; la brûlure suggérée ne peut se réaliser que si le patient a déjà éprouvé une brûlure vraie, dans des conditions analogues à celles qu'on suggère ; le sommeil ultérieur accélère la maturation des phénomènes suggérés.

Modifications vaso-motrices produites par la suggestion hypnotique. — ***Smirnoff***, à l'instigation de M. Podiapolsky et dans le but de vérifier les assertions de ce dernier, a réalisé trois expériences de brûlure suggérée, avec photographies à l'appui. Dans un cas, la brûlure suggérée avait donné lieu à une phlyctène de onze millimètres sur six, tandis qu'une brûlure vraie, avec une cigarette allumée, avait provoqué, avec une faible rougeur, une petite vésicule de quatre millimètres seulement.

M. ***Berillon***. — Nous accueillons avec grand plaisir les relations de MM. Podiapolsky et Smirnoff ; malheureusement nous manquons de sujets susceptibles de réaliser de semblables suggestions Le seul moyen de convertir leurs contradicteurs serait d'amener à Paris leurs sujets favorables et de renouveler ces expériences sous nos yeux. Après les avoir constatés nous serions heureux de nous porter garants de l'authenticité de ces phénomènes.

Du dressage des animaux envisagé au point de vue psychologique. — M. ***Moret***. Les animaux vivant en domesticité absolue, sans liberté matérielle, toujours à l'attache, tel le cheval, sont incapables de raisonnement ; leurs actes dérivent d'instincts et d'impulsions ; leur obéissance résulte de réflexes et de suggestions. Le cheval, par exemple, se soumet à l'entière domination de l'homme par le dressage dit de haute école. On le dresse sans faire entrer en jeu aucune force brutale. Avant toutes choses, il faut, à l'arrêt, obtenir le calme, l'immobilité confiante, le dédain des choses et des bruits extérieurs, la décontraction des muscles, la souplesse, l'équilibre général sans raideur, l'abandon, — en somme, ce que M. Bérillon appelle, si justement, le consentement organique chez les humains. Après la mise en main, le dressage se développe graduellement, avec calme et volonté, utilisant le relâchement musculaire. Le cerveau du cheval est un merveilleux appareil enregistreur ; il emmagasine toute une série de sensations voulues par l'éducateur et cataloguées par lui ; quand il est « accordé », son maître en joue comme un virtuose : il ne peut pas ne pas obéir ; il est suggessionné.

ANALYSES

Chorée de Sydenham maladie organique ; par André Thomas. (*La Clinique*, 27 août 1909.)

Le Dr Thomas est persuadé que la chorée de Sydenham névrose ne résistera pas longtemps à l'examen minutieux des faits ; seulement il est utile, pour démontrer la nature vraie de cette affection, de rechercher méthodiquement la souffrance du système nerveux. C'est ce qu'il a fait sur dix malades et il a trouvé : 1° la force musculaire diminuée du côté où prédominait la chorée ; 2° de l'hypotonie générale ou partielle ; 3° des syncinésies du membre supérieur : 4° des troubles de coordination ; 5° des troubles de la diadococinésie ; 6° des troubles des réflexes tendineux et cutanés ; 7° de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez quatre malades.

En somme, chez ces dix malades existent des signes appartenant à la symptomatologie des maladies organiques du système nerveux central. Certes, tous les signes n'existent pas au complet chez tous les choréiques, mais manqueraient-ils totalement, il ne faudrait pas en déduire que la lésion organique est absente.

Il est impossible de préciser la nature et le siège de la lésion, toutefois la fréquence de la chorée unilatérale, la prédominance sur un seul côté, un certain degré de faiblesse, et la présence des petits signes décrits par M. Babinski chez les hémiplégiques sont en faveur d'une lésion de la voie pyramidale ou de la zone corticale motrice. La coexistence de troubles psychiques dénote encore la participation de l'écorce cérébrale.

La conclusion du Dr Thomas, à laquelle il ne peut être fait de sérieuses objections, c'est que la chorée de Sydenham n'est pas une névrose, mais un symptôme d'encéphalite ou de méningo-encéphalite légère. Dr Paul-Boncour.

Les écoliers anormaux et les classes de perfectionnement ; pas le Dr Lecaplain. *Normandie médicale*, 15 février 1909.

Le Dr Lecaplain, qui a étudié avec beaucoup de soin la mentalité des enfants fréquentant les écoles, en sa qualité de médecin-inspecteur des écoles de Rouen, donne des aperçus très intéressants sur ce qu'il appelle les enfants temporairement anormaux. Entre les anormaux d'école relevant du traitement médico-pédagogique et les infirmes qui n'ont besoin que d'une action médicale, se trouve une série de cas intermédiaires.

Ce sont ceux où un état local, tel que l'adénoïdisme, apporte à la perception d'un certain nombre de sensations une entrave de nature à provoquer un retard intellectuel ou scolaire. Ce qui distingue ces faits de l'anomalie mentale vraie, c'est que les troubles intellectuels ne persistent plus après la suppression de la cause.

Dans un milieu aisé, l'enfant ratrappe le temps perdu au moyen de leçons particulières, mais à l'école primaire le problème est plus difficile à résoudre.

Le Dr Lecaplain, avec un bon sens qui lui fait honneur, demande qu'on dépiste les sujets temporairement anormaux rapidement, et surtout qu'on n'aille pas les envoyer dans les classes de perfectionnement, « on risquerait de faire passer en pure perte à un enfant plusieurs années dans les classes de perfectionnement, là où il aurait suffi d'une demi-heure au plus ou de quelques séances chez le médecin... »

Et notre confrère conclut qu'en matière d'anormaux, c'est

avant tout la question de sélection qui importe et que cette sélection doit être médico-pédagogique. Il est dans le vrai et je souhaite que son opinion soit admise sans conteste à Rouen, si l'on veut avoir des résultats définitifs. Dr PAUL-BONCOUR.

BIBLIOGRAPHIE

La Folie de Jésus, tome II, ses connaissances, ses idées, son délire, ses hallucinations ; par le Dr BINET-SANGLÉ. (Paris, A. Maloine, éditeur, 1910, grand in-8° de XI et 516 pages.)

Dans le premier volume, l'auteur, qui est professeur à l'Ecole de psychologie, après avoir étudié l'hérédité, la constitution et la physiologie de Jésus, avait conclu qu'il était prédisposé à la folie par sa patrie et par sa famille.

Dans le présent volume, M. Binet-Sanglé étudie, pour confirmer ce résultat, les connaissances de Jésus, ses idées religieuses et ses suggestions, la genèse et l'évolution de son délire, les caractères de ses hallucinations. Sur Dieu, sur les anges et les démons, sur les trépassés et le purgatoire, sur la résurrection et le jugement dernier, sur le paradis et l'enfer, Jésus avait les connaissances... d'un ignorant. Ses idées sont celles de la bible et de la tradition juive. Son délire est conditionné par les espérances messianiques, et son milieu, par l'auto-intoxication pubérale, par les suggestions de Jean-Baptiste et ses disciples, par celles des malades qu'il guérissait et des cures qu'il accomplissait. Sous l'empire de ces influences; il en vint à se croire messie, roi, fils d'Iahvé et son confident, Iahvé lui-même, juge suprême et agneau. Ce délire théomégalomaniaque explique ses hallucinations au bord du Jourdain, dans le désert et à Gethsémani.

La thèse de la folie de Jésus n'est pas nouvelle Elle a encore été exposée naguère par Jules Soury. Mais nul n'a, comme notre auteur, avec l'acharnement inlassable d'un juge d'instruction convaincu, fouillé la vie de Jésus dans ses moindres incidents, ramassé, compté, pesé, mesuré, disséqué toutes ses paroles et tous ses gestes, tous ses aveux et toutes ses réticences pour en tirer des conclusions, des indications, un tissu de preuves confirmant « la folie de Jésus ».

Nous ne citerons pas à ce sujet le dicton — faux comme tous les dictons — : qui prouve trop ne prouve rien. Mais il est certain que l'auteur nuit à sa thèse par l'exagération qu'il apporte à son entreprise, en empruntant ses arguments, à allure trop tendancieuse, aux faits les plus simples, aux propos les plus ordinaires, les plus insignifiants, en n'expliquant pas un grand nombre de ceux qui paraissent bizarres, extraordinaires, par ce qu'on appelle la couleur locale. Par ce procédé, il serait aisé de découvrir un grain, voire plusieurs grains de folie, chez tous les hommes, même chez les aliénistes !

Dans la dernière partie de son ouvrage, l'auteur, qui a déjà étudié, dans le même esprit, les prophètes hébreux, passe en revue les « hommes-dieux » postérieurs à Jésus, faux-messies, visionnaires, mystiques, etc., pour formuler le diagnostic de la théomégalomanie. S. D.

Consultations pratiques sur les maladies du foie, par le Dr AVIÉRINOS (de Marseille). Un volume in-18 jésus de 104 pages : 2 fr. (Chez J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Ce petit livre, essentiellement pratique, est la mise au point de la thérapeutique courante d'un organe important. Le foie a reconquis, sans conteste, dans la pathologie moderne, l'un des premiers rangs qu'il occupait jadis.

Les maladies sont placées par ordre alphabétique pour faciliter les recherches. Au-dessous de chacune d'elles, quelques mots d'étiologie, de symptomatologie et de diagnostic. Enfin, des exemples d'ordonnance appropriées à chacune de ces maladies. Comme introduction, quelques règles sommaires pour l'examen d'un hépatique.

Pour tout médecin qui sait la valeur du temps et les difficultés que l'on rencontre à trouver vite une formule ou une indication thérapeutique, dans de gros ouvrages, ce sera un vademecum portatif précieux et d'une immédiate et réelle utilité.

Assistance publique de Paris.

Concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.— Ce concours sera ouvert le *mardi* 15 *février* 1910, à midi, dans la Salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Service du Personnel de l'Administration, du *lundi* 17 *janvier* au *samedi* 31 du même mois inclusivement, de 11 heures à 3 heures, dimanches et fêtes exceptés.

Hôpital Saint-Antoine. — (Service de M. le docteur Albert MATHIEU). — 1° *Cours de séméiologie gastro-intestinale.* Conférences et exercices pratiques par MM. LABOULAIS, J.-Ch. ROUX, MOUTIER, TAILLANDIER, FRIEDEL, GOIFFON. Examen extérieur, chimisme et motricité gastriques, coprologie clinique, rectoscopie, etc.— 2e *série* : 15 janvier au 5 février 1910. Chaque cours comprendra 15 leçons.

II° *Conférences cliniques.* Jeudi, 10 heures : Salles Barth et Chomel. — Vendredi, 10 heures : A la consultation. — Mardi de 10 heures à midi : Examen des malades de la consultation.

Pour le cours de séméiologie, se faire inscrire le matin, de 9 à 11 heures, au Laboratoire, 20, rue de Citeaux.

Concours de l'internat des hôpitaux. — Le concours de l'Internat s'est ouvert lundi dernier à midi : 463 copies ont été remises.

Les questions sorties sont les suivantes : *Muscles intrinsèques du larynx. — Hémorragie et perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.*

Questions restées dans l'urne : *Rapports de la vessie chez l'homme. Signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë.—Artère iliaque externe. Formes cliniques de l'urémie.*

RÉPARTITION DU JURY.—Le jury s'est réparti de la façon suivante.

ANATOMIE. — MM. VARIOT, SICARD, PICQUÉ, LABEY, BOISSARD. Ce jury tiendra ses séances les lundis, jeudis et vendredis, à 4 h. 1/2, à l'hôpital de la Charité. La première séance aura lieu le jeudi 23 décembre.

PATHOLOGIE. — MM. HIRTZ, NETTER, MILIAN, BROCA, MORAX. Ce jury tiendra ses séances les lundis, mercredis, vendredis à 4 h. 1/2 et les samedis à 3 h. 1/2, à la salle de la rue des Saints-Pères.

La première séance a eu lieu mercredi.

ORDRE DE PASSAGE DES CANDIDATS. — MM. 1. DESAUX ; 2, HISCHMANN; 3, de BERNE-LAGARDE ; 4, VIGNAL ; 5, LEBAS ; 6, GUTMAN ; 7, WIART ; 8, LANOS ; 9, DUCASTAINO ; 10, POWILEWICZ ; 11, GAUTIER, ; 12, MIONOT ; 13, DESPLAS ; 14, CHAUVEE ; 15, PHILARDEAU ; 16, RENARD ; 17, BRICAIRE ; 18, BONTEMPS ; 19, VILFROY : 20, DURAND (G.) ; 21, DEDET ; 22, ROUSSEAU (F.) ; 23, MAJOUR.

24, Mlle BOUDERLIQUE ; 25, NETTER, ; 26, BOURDEAUX, ; 27, CAVAILLON ; 28, AMANDRUT ; 29, GARCIN ; 30, LABOURDETTE ; 31, BERTRAND ; 32, BOUTET ; 34, MERCIER ; 35, L'HIRONDEL ; 36, MEURISSE ; 37, Mlle ALBESSARD ; 38, BOUVLER ; 39, LANGLET ; 40, PINEAU (A.); 41, BUTEL ; 42, GARDIES ; 43, MALLET (L.) ; 44, FITTE ; 45, CHABERT 46, ROUSSELOT ; 47, HERTZ ; 48, MAIRESSE ; 49, RICHARD (G.) ; 50, CHATELIN.

PATHOLOOIE. — MM. 233, RAMADIER (J.) ; 234, PORTRET ; 235, MOINEAU ; 236, MONBRUN ; 237, STRÉHAÏANO ; 238, FOURET ; 239, HUARD ; 240, PIMPANEAU ; 241, MARCHAND ; 242, GASSIER ; 243, DE BARIC ; 244, BODINEAU ; 245, BOUTTIER ; 246, PETIT (G.) ; 247, FEY ; 248, BERTHOMIEUX-LAMER ; 249, VOSY ; 250, LEROY (R.) ; 251, GHEORGHIU ; 252, KUDELSKI ; 253, DESVAUX DE LYF ; 254, IMBERT ; 255, SALÈS ; 256, BLUM ; 257, LE GRAND ; 258, BÉON ; 259, BERGÈS ; 260, BALLAND ; 261, MAUREL.

262, RÉCHAD ; 263, LELIEVRE ; 264, EUDEL ; 265, LEFEVRE, 266 ; PHILIPPON ; 277, VIRENQUE ; 268, AVEZOU ; 269 , FOURRIERE ; 270, COPPIN , 271, MOULONGUET ; 272, ECALLE ; 273 ; BESNARD (J.) ; 274. BUSSON ; 275, PHILIPP ; 276, THIBOU DE COURTRY ; 277, BENOIST, PILLOIRE ; 278, BARDET ; 279, BAUDE ; 280, DE CUMONT ; 281, GOUGUET DE GIRAC ; 282, VINCENTELLI.

TABLE DES MATIÈRES

1909

I. Table alphabétique des Matières

NOTA. — Les noms mis entre parenthèses sont ceux des *Articles* et des *Notes cliniques* et *thérapeutiques*. Pour faciliter les recherches et pour donner plus de clarté à la table, les noms des *Sociétés Savantes*, des *Congrès*, avec les dates des séances et les *noms des personnes* qui ont présenté des sujets ou cas nouveaux, sont également entre parenthèses. Toutefois, en ce qui concerne les discussions, la première personne seulement citée dans le journal figure à cette table. Ainsi (Ac. M., 3/4) se lira : Académie de médecine, séance du 3 avril.

LISTE DES MOTS ABRÉVIATIFS

Ac. M. : Académie de Médecine.
Ac. S. : Académie des Sciences.
XIXe Cong. des Alién. et Neurol. : XIXe Congrès des Aliénistes et Neurologistes.
Cong. Ass. Fce Avanc. Sc. : Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences.
XXIe Cong. franç. de Chir. : XXIe Congrès français de Chirurgie.
XXIIe Cong. franç. de Chir. : XXIIe Congrès français de Chirurgie.
XVIe Cong. Int. Méd., Budapest : XVIe Congrès international de médecine de Budapest.
Cong. F. Ot. Rh. Lar. : Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.
XIXe Cong. S. Ital. Méd. Int. : XIXe Congrès de la société italienne de médecine interne.
1er Cong. de Stom. : 1er Congrès de Stomatologie.
S. Chir. : Société de Chirurgie.
S. Chir. P. : Société des Chirurgiens de Paris.
S. F. Derm. et Syph. : Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.
S. F. Elec. et Rad. Males : Société française d'Electrothérapie et de Radiologie médicales.
S. d'Hypn. et Psych. : Société d'Hypnologie et de Psychologie.
S. Int. Hôp. P. : Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris.
S. Kin. P. : Société de Kinésithérapie de Paris.
S. M. Hôp. : Société médicale des Hôpitaux.
S. Méd. Hyg. Trop. : Société de Médecine et d'Hygiène tropicales.
S. Méd. Lég. F. : Société de Médecine légale de France.
S. Clin. Méd. Ment. : Société Clinique de Médecine mentale.
S. Méd. Mil. Fce : Société de Médecine militaire française.
S. Méd. P. : Société de Médecine de Paris.
S. Méd. Publ. et G. S. : Société de Médecine publique et de génie sanitaire.
S. Neur. : Société de Neurologie.
S. Psych. : Société de Psychiatrie.
S. Radiol. Male P. : Société de Radiologie médicale de Paris.
S. Thér. : Société de Thérapeutique.
Voir : V.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

U



X

Z

II. Table alphabétique des noms d'auteurs

A

B

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES ET THIRON.